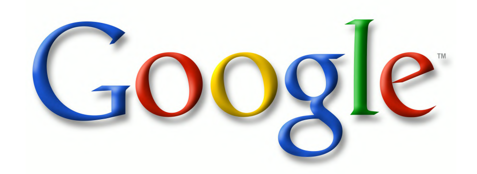


# Handbuch der Psychiatrie

Herausgegeben von

Prof. Dr. G. Aschaffenburg

Allgemeiner Teil

4. Abteilung.

# Geschichte der Psychiatrie

von

Prof. Dr. Th. Kirchhoff

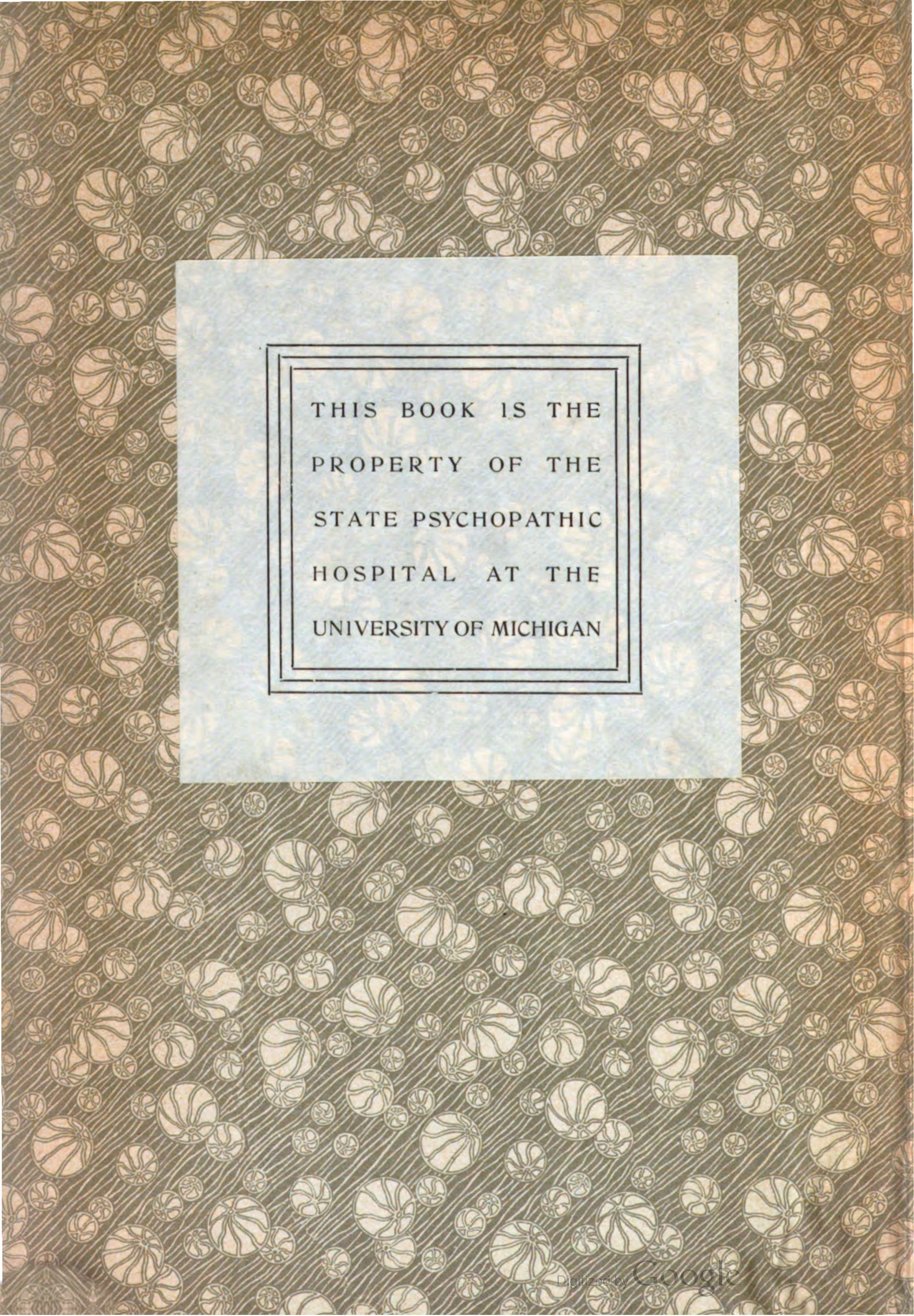
---

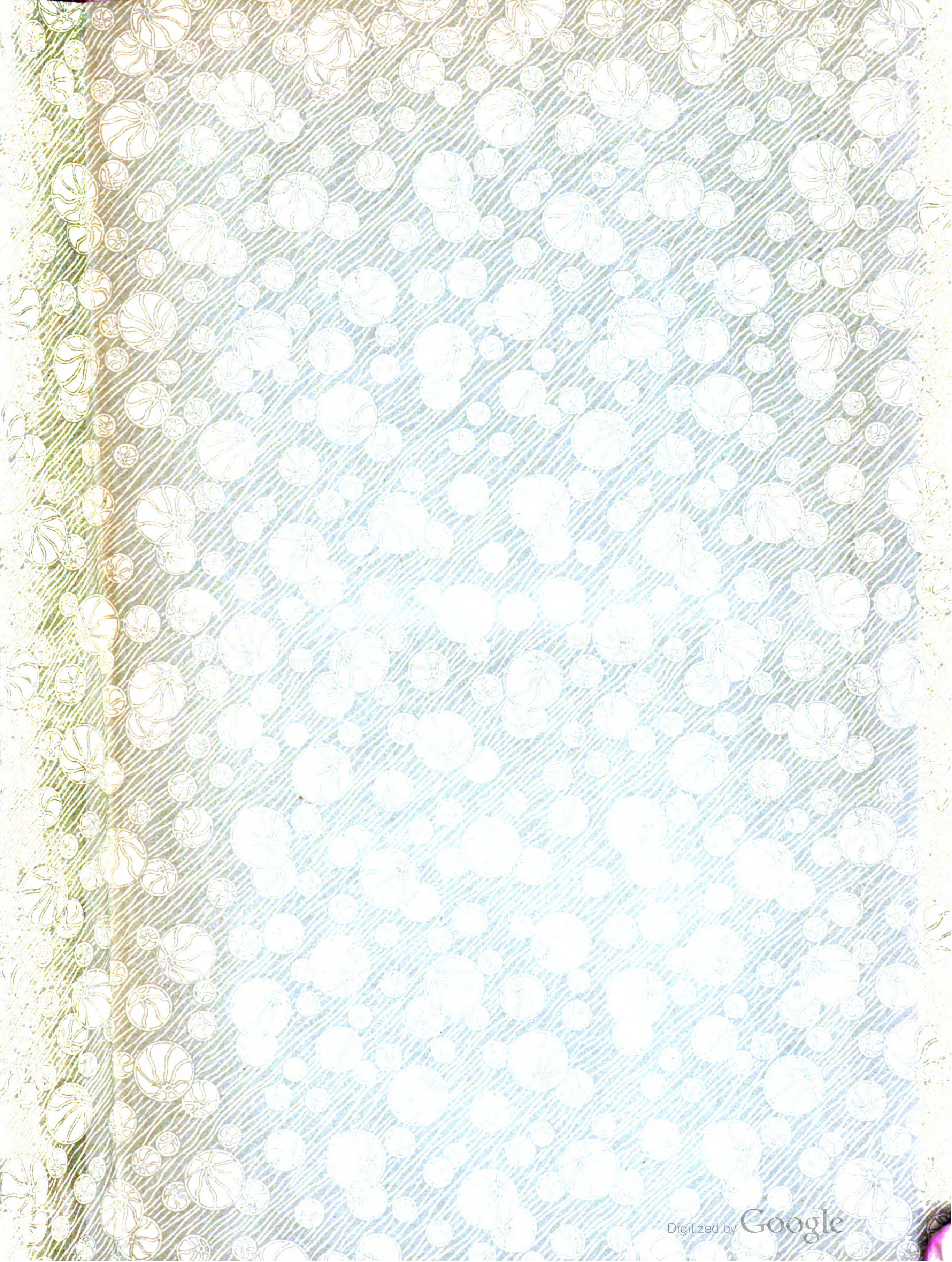
# Allgemeine Therapie der Psychosen

von

Direktor Dr. A. Gross

Leipzig und Wien
FRANZ DEUTICKE





Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

# PROSPEKT

DAS

# HANDBUCH DER PSYCHIATRIE

soll nicht dem Zwecke dienen, alle psychiatrischen Fragen der Gegenwart zu lösen, es soll nur den Bestand unseres Wissens feststellen, inmitten der widersprechenden Ansichten eine Orientierung ermöglichen. Nicht als ein bleibender Ruhepunkt ist das Handbuch gedacht, auch nicht als ein Wendepunkt in der Entwicklung der klinischen Psychiatrie, sondern als Ausgangspunkt neuer Arbeiten, neuer Forschungen.

Ein Handbuch, an dem so zahlreiche Mitarbeiter tätig sind, kann den Fehler einer mangelnden Einheitlichkeit nicht ganz vermeiden, aber diesen Fehler teilt es mit allen großen Werken, ja auch mit den meisten Lehrbüchern unseres Faches, bei denen einem aufmerksamen Auge Widersprüche überall herantreten. Gewiß hätte eine größere Einheitlichkeit dadurch erzielt werden können, daß ein Forscher die ganze Psychiatrie bearbeitet hätte. Aber es übersteigt bei weitem die Arbeitsfähigkeit eines einzelnen, innerhalb jedes Kapitels auch nur zu den wichtigsten Ansichten anderer Stellung zu nehmen und die unendliche Literatur in der Weise zu übersehen und zu berücksichtigen, wie es wünschenswert war. Deshalb war der Zusammenschluß einer größeren Zahl von Mitarbeitern notwendig.

Wenn dadurch der Zusammenklang gestört ist, so mag das denen, die Grund zu ernsten Bedenken zu haben glauben, Anlaß zu neuer Arbeit geben. Und wenn es gelingt, das Interesse an der klinischen Beobachtung und an einer Vertiefung unseres Wissens zu heben und zu fördern, wenn neue und gründliche Forschungen alles Aufgebaute umstürzen, unserer Wissenschaft kann das nur zugute kommen. Deshalb glaube ich, wird auch jedem der Mitarbeiter die Freude, an seinem Teil zu den Fortschritten der Psychiatrie beigetragen zu haben, nicht verkümmert werden, wenn die weitere Entwicklung bald über seinen Standpunkt hinauswächst.

*Prof. Aschaffenburg.*

**Die beabsichtigte Einteilung des Handbuches umstehend!**



# HANDBUCH DER PSYCHIATRIE.

Herausgegeben von

PROFESSOR Dr. GUSTAV ASCHAFFENBURG

IN KÖLN A. RH.

## A. Allgemeiner Teil.

1. Abteilung: Alzheimer, Prof. Dr. A., Die normale und pathologische Anatomie der Hirnrinde.
2. Abteilung: Rosenfeld, Prof. Dr. M., Physiologie des Großhirns.
   Isserlin, Privatdozent Dr. M., Psychologische Einleitung.
3. Abteilung: Voss, Privatdozent Dr. G., Die Ätiologie der Psychosen.
   Aschaffenburg, Prof. Dr. G., Allgemeine Symptomatologie der Psychosen.
4. Abteilung: Kirchhoff, Prof. Dr. Th., Geschichte der Psychiatrie.
   Gross, Direktor Dr. A., Allgemeine Therapie der Psychosen.
5. Abteilung: Bumke, Prof. Dr. O., Gerichtliche Psychiatrie. — Schultze, Prof. Dr. E., Das Irrenrecht. Preis geh. M. 11·—, geb. M. 12·50.

## B. Spezieller Teil.

1. Abteilung: Aschaffenburg, Prof. Dr. G., Einteilung der Psychosen.
   Vogt, Prof. Dr. H., Epilepsie.
2. Abteilung: Weygandt, Prof. Dr. W., Idiotie und Imbezillität oder die Gruppe der Defektzustände aus dem Kindesalter.
   Wagner v. Jauregg, Prof. Dr. J., Myxödem und Kretinismus.
3. Abteilung, 1. Hälfte: Bonhoeffer, Prof. Dr. K., Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. — Schroeder, Prof. Dr. P., Intoxikationspsychosen. Preis geh. M. 12·—, geb. M. 13·50.
   2. Hälfte, I. Teil: Redlich, Prof. Dr. E., Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen. Preis geh. M. 3·—, geb. M. 4·50.
   2. Hälfte, II. Teil: Bonvicini, Privatdozent Dr. G., Aphasie und Geistesstörung.
4. Abteilung, 1. Hälfte: Bleuler, Prof. Dr. E., Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Preis geh. M. 13·—, geb. M. 14·50.
   2. Hälfte: Mercklin, Direktor Dr. A., Die Paranoia.
5. Abteilung: Hoche, Prof. Dr. A., Dementia paralytica. — Spielmeyer, Privatdozent Dr. W., Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Preis geh. M. 6·—, geb. M. 7·50.
6. Abteilung: Stransky, Privatdozent Dr. E., Das manisch-depressive Irresein. Preis geh. M. 10·—, geb. M. 11·50.
7. Abteilung: Gaupp, Prof. Dr. R., Die nervösen und psychopathischen Zustände.



# HANDBUCH DER PSYCHIATRIE.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROFESSOR A. ALZHEIMER (MÜNCHEN), PROFESSOR E. BLEULER (ZÜRICH), PROFESSOR K. BONHOEFFER (BRESLAU), PRIVATDOZENT G. BONVICINI (WIEN), PROFESSOR O. BUMKE (FREIBURG I. B.), PROFESSOR R. GAUPP (TÜBINGEN), DIREKTOR A. GROSS (RUFACH I. E.), PROFESSOR A. HOCHE (FREIBURG I. B.), PRIVATDOZENT M. ISSERLIN (MÜNCHEN), PROFESSOR TH. KIRCHHOFF (SCHLESWIG), DIREKTOR A. MERCKLIN (TREPTOW A. R.), PROFESSOR E. REDLICH (WIEN), PROFESSOR M. ROSENFELD (STRASSBURG I. E.), PROFESSOR P. SCHROEDER (BRESLAU), PROFESSOR E. SCHULTZE (GREIFSWALD), PRIVATDOZENT W. SPIELMEYER (FREIBURG I. B.), PRIVATDOZENT E. STRANSKY (WIEN), PROFESSOR H. VOGT (FRANKFURT A. M.), PRIVATDOZENT G. VOSS (GREIFSWALD), PROFESSOR J. WAGNER RITTER VON JAUREGG (WIEN), PROFESSOR W. WEYGANDT (HAMBURG-FRIEDRICHSBERG)

HERAUSGEGEBEN VON

PROFESSOR DR. G. ASCHAFFENBURG

IN KÖLN A. RH.

## ALLGEMEINER TEIL.

4. ABTEILUNG.

---

## GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE.

VON PROFESSOR DR. TH. KIRCHHOFF.

---

## ALLGEMEINE THERAPIE DER PSYCHOSEN.

VON DIREKTOR DR. A. GROSS.


LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1912.

# GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE

VON

PROF. DR. TH. KIRCHHOFF,
DIREKTOR DER PROVINZIAL-IRRENANSTALT BEI SCHLESWIG.

# ALLGEMEINE THERAPIE DER PSYCHOSEN

VON

DIREKTOR DR. A. GROSS
IN RUFACH I. E.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1912.

Verlags-Nr. 2024.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn

# Inhaltsverzeichnis.

## GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE.

VON

PROF. DR. TH. KIRCHHOFF.



---

## ALLGEMEINE THERAPIE DER PSYCHOSEN.

VON

DIREKTOR DR. A. GROSS.



# GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE.

VON

PROF. DR. TH. KIRCHHOFF.

---

# Literatur.

---

## Deutsche Hauptliteratur.

Heinrich Damerow. Die Elemente der nächsten Zukunft der Medizin. Berlin, 1829.

Emil Isensee, Geschichte der Medizin und ihrer Literatur. Berlin, 1844/45, 5. Buch. Im 6.: Chronologische Übersicht einer Geschichte der Irrenheilkunde.

Heinrich Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten. Jena, 1875—1882.

August Hirsch, Geschichte der medizinischen Wissenschaften in Deutschland. München und Leipzig, 1893.

Julius Pagel, Geschichte der Medizin. Berlin, 1898. Im 2. Band Bibliographie.

Neuburger und Pagel, Handbuch der Geschichte der Medizin. Jena, 1902—1905. Einige von Fuchs, Iwan Bloch, S. Kornfeld, Wien: Psychiatrie der Neuzeit, Wolf Becher: Irrenanstalten und psychiatrischer Unterricht, bearbeitete Artikel sind besonders wichtig.

Neuburger, Geschichte der Medizin. Stuttgart, 1906. Bd. I und Bd. II; 1. Hälfte, 1908, 2. Hälfte 1911.

* * *

I. B. Friedreich, Synopsis librorum de Pathologia et Therapia morborum psychicorum. Heidelberg und Leipzig, 1830. — Versuch einer Literaturgeschichte der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten von den ältesten Zeiten bis zum 19. Jahrhundert. Würzburg, 1830. — Allgemeine Diagnostik der psychischen Krankheiten. Würzburg, 1832 (2. Auflage). — Systematische Literatur der ärztlichen und gerichtlichen Psychologie. Berlin, 1833. — Historisch-kritische Darstellung der Theorie über das Wesen und den Sitz der psychischen Krankheiten. Leipzig, 1836. — Zur psychiatrischen Literatur des 19. Jahrhunderts (1801—1836). Regensburg, 1842. — Grundzüge der Homerischen Psychologie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Bd. VI, S. 413. — Zur Bibel. Naturhistorisch-anthropologische und -medizinische Fragmente. Nürnberg, 1848.

Heinrich Laehr, Über Irrsein und Irrenanstalten. Halle, 1852. — Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfsdisziplinen in allen Ländern. 4. Auflage, Berlin, 1893. Register S. 467/468. — Die Literatur der Psychiatrie im 18. Jahrhundert. Festschrift für Illenau (1892) und die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie im 18. Jahrhundert. Festschrift für Nietleben (1895), namentlich wichtig die Vorreden. — Die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459—1799. 3 Bände mit Register. Berlin, 1900. — Zahlreiche Artikel in der von ihm redigierten Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, besonders Bd. 44 (S. 294—310), 1888, und Bd. 50 (S. 1—30), 1894. — Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke im deutschen Sprachgebiet, letzte Auflage, 1899 (mit Lewald). — Bericht über „Schweizerhof". Berlin, 1903.

* * *

Nebensächlich behandeln die Psychiatrie:

Kurt Sprengel, Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde. Halle, 1821 bis 1828. 3. Auflage, fortgesetzt von Eble und v. Feuchtersleben. Wien, 1837—1840.
I. F. C. Hecker, Geschichte der Heilkunde. Berlin, 1822—1839.
Wunderlich, Geschichte der Medizin. Stuttgart, 1859.
Baas, Grundriß der Geschichte der Medizin. Stuttgart, 1876. — Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medizinischen Wissenschaften. Berlin, 1896.
Heinrich Rohlfs, Geschichte der deutschen Medizin. Stuttgart, 1875.
Puschmann, Geschichte des medizinischen Unterrichtes. Leipzig, 1889.
Max Dessoir, Geschichte der neueren deutschen Psychologie. Berlin, 1902.
Hugo Magnus, Sechs Jahrtausende im Dienste des Äskulaps. Breslau, 1905.
Schwalbe, Vorlesungen über Geschichte der Medizin. Jena, 1905.
Julius Pagel, Grundriß eines Systems der medizinischen Kulturgeschichte. Berlin, 1905.

* * *

Wichtige Quellen für einzelnes sind noch:

Die Canstatt-Virchowschen und die Schmidtschen Jahresberichte.
Sprengels Beiträge zur Geschichte der Medizin. — In Heckers Annalen, Bd. 26, Ideler über Stahl; Bd. 28, Damerow über Paracelsus. — Janus. — Rohlfs' Deutsches Archiv für Geschichte der Medizin. — Die allgemeine deutsche Biographie. — Die psychiatrischen Zeitschriften, besonders die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. — Ebsteins Arbeiten. — Hermann Vierordt, Medizinisches aus der Geschichte. 3. Auflage. Tübingen, 1910. — Nutting und Dock, Geschichte der Krankenpflege, übersetzt von Karll. Berlin, 1910.

* * *

Geschichtliche Überblicke enthalten die Lehrbücher der Psychiatrie von:

Heinroth, Leipzig, 1818. — v. Feuchtersleben, Wien, 1845. — Jäger, Leipzig, 1846 (war Philosoph, folgt Heinroth). — Flemming, Berlin, 1859. — Leidesdorf, Erlangen, 1865. — v. Krafft-Ebing, 8. Auflage, Stuttgart, 1903. — Schüle, Leipzig, 1880. — Kirchhoff, Leipzig und Wien, 1892. — Griesinger-Levinstein, Berlin, 1892. — Kraepelin, Leipzig, 1909. — Obersteiner, Die progressive allgemeine Paralyse. 2. Auflage, 1908. — Arndt, Die Neurasthenie, 1885.

* * *

Über den Entwicklungsgang der Psychiatrie handeln in Reden und Vorträgen:

Leupoldt, Erlangen, 1833. — Willing, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 14, 1857. — Meschede, Leipzig, 1895. — Außerdem zahlreiche neuere Kliniker: Flechsig, Siemerling, 1904, Ziehen. — Zuletzt Nissl, Heidelberg, 1908. Verhandlungen des Naturhistorisch-medizinischen Vereines. N. F. Bd. VIII. — Döllken, Die großen Probleme in der Geschichte der Hirnlehre. Leipzig, 1911.

## Altertum.

Kurt Sprengel, Über Platos Lehre von den Geisteszerrüttungen, in Nasse, Zeitschrift für psychische Ärzte. Bd. I (1818), S. 159.
Hermann Nasse, De Insania Commentatio secundum libros Hippocraticos. Lipsiae, 1829.
Thomée, Historia Insanorum apud Graecos. Bonn. 1830.
Flemming, Einige Betrachtungen über des A. Corn. Celsus Kapitel von der Geistesverwirrung, Zeitschrift „zur Beurteilung und Heilung der krankhaften Seelenzustände" von Nasse und Jacobi, 1838, S. 743.



Schramm, Die Seelenstörungen nach Caelius Aurelianus, Korrespondenzblatt für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie, 1864, Nr. 3 und 4, S. 33—43.

Zerbe, Geisteskrankheiten nach Aretaios eod. loco, 1861, Nr. 15 und 16, S. 226—232.

Friedrich Falk, Studien über Irrenheilkunde der Alten, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 23, S. 429—566.

Brenning, Krankenpflege vor zwei Jahrtausenden, Zeitschrift für Krankenpflege, 1905, S. 53—57 und 102—107.

Pilcz, Beiträge zur Klinik der periodischen Psychosen, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, XIV.

## Mittelalter und Neuzeit.

Reil, Rhapsodieen über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttung. Halle, 1803.

Koch, Zur Geschichte des Irrenwesens in Württemberg. 1879. Ärztliches Korrespondenzblatt für Württemberg.

Alter, Gründung und Entwicklung der Prov. I. A. Brieg. 1879.

Kirchhoff, Grundriß einer Geschichte der deutschen Irrenpflege. Berlin, 1890. — Die frühere Irrenpflege in Schleswig-Holstein. Zeitschrift für Schleswig-Holstein-Lauenburgische Geschichte, 1891. — Ist die Paralyse eine moderne Krankheit? Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1911, Bd. 68, S. 125—152.

Snell, Hexenprozesse und Geistesstörung. München, 1891. — Über die Formen von Geistesstörung, welche Hexenprozesse veranlaßt haben. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 50, S. 534.

Peretti, Irrenpflege und Irrenanstalten in Festschrift der 70. Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte. Düsseldorf, 1898.

Mönkemöller, Zur Geschichte der Psychiatrie in Hannover, 1903. — Tortur und Geisteskrankheit. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Bd. 61, S. 58—107. 1904. — Geschichtlicher Beitrag zur Klinik des primären Schwachsinns (Dementia praecox). Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, 4, Heft 3, 1909, S. 1. — Zur Geschichte der progressiven Paralyse. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1911, V, 4, S. 500—589. — Das Zucht- und Tollhaus zu Celle. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 68, S. 155—208.

F. C. Müller, Geschichte der organischen Naturwissenschaften im 19. Jahrhundert. Berlin, Bondi, 1902, Kapitel 10. Geistes- und Nervenkrankheiten, S. 513—583.

Bumm, Zur Geschichte der panoptischen Irrenanstalten. Erlangen, 1903.

Rieger, Berichte aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Über die Psychiatrie in Würzburg seit 300 Jahren. 1899, fortgesetzt 1905. — Festschrift zu der Feier des 50jährigen Bestehens von Werneck, 1905.

Korn, Die Medizin im 19. Jahrhundert. Bd. I, 2. Teil. Irrenpflege und Irrenheilkunde. Berlin, 1899 (aus Bd. X von „Am Ende des Jahrhunderts").

Pándy, Die Irrenfürsorge in Europa. (Deutsche Ausgabe von Engelken. Berlin, 1908.) Gibt mancherlei historische Literatur für die außerdeutschen Länder[1]).

Baas, Neujahrsblätter der Badischen Historischen Kommission. Mittelalterliche Gesundheitspflege im heutigen Baden, 1909.

Herting, Die bauliche Entwicklung der Anstalten für Geisteskranke. 1909. — Zur Geschichte der Psychiatrie. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1912, Nr. 46.

Bresler, Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke in Wort und Bild. Halle, 1910.

Gerhardt, Zur Geschichte und Literatur des Idiotenwesens in Deutschland. 1904. Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg. Selbstverlag.

[1]) Die Literatur der Nachbarländer konnte aus Platzmangel hier nicht berücksichtigt werden.

Weygandt, Aus der Geschichte der Epilepsie. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. 1903/04, Nr. 49. — Aus der Geschichte der Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns. Jena, 1911, S. 1—31.

Hellpach, Die geistigen Epidemien. „Die Gesellschaft", Bd. XI.

Seiffer, Die Geschichte der Stupidität (Dementia acuta). Charité-Annalen, XXX.

Adam, Zum periodischen Irresein. Inaug.-Diss., Rostock, 1902.

Preuß, Biblisch-talmudische Medizin. Beiträge zur Geschichte der Heilkunde und der Kultur überhaupt. Berlin, 1911, S. 356—369. Geisteskrankheiten.

Proksch, Paracelsus als medizinischer Schriftsteller. 1911.

Holländer, Die Medizin in der klassischen Malerei. Stuttgart, 1903.

---

# Leitende Gedanken.

Daß Geschichte der Medizin immer auch Kulturgeschichte ist, zeigt besonders deutlich die Geschichte der Psychiatrie. Sowohl als ärztliche Kunst wie als Wissenschaft ist sie immer aufs engste mit der Entwicklung der Kultur verbunden. Von den frühesten Zeiten an begegnet man diesem Zusammenhange wiederholt, bis der kosmopolitische Charakter der Medizin in unserer Zeit sich auch darin ausgeprägt findet, daß sich die Kunst und die Wissenschaft der Psychiatrie bei allen Völkern immer mehr zu gleichen streben. Naturgemäß wird indessen in diesem Handbuch nur die Geschichte der Psychiatrie in Europa, ganz vorzugsweise in Deutschland behandelt werden.

Die außerordentliche Wichtigkeit der Verbindung zwischen allgemeiner Kulturgeschichte und Geschichte der Psychiatrie ist in der Sonderstellung der Psychiatrie auf der Grenze von Körper und Geist begründet. Die Psychiatrie macht dabei aber nicht nur unmittelbar alle die Kämpfe mit, welche auf diesem Grenzgebiet der verschiedensten Wissenschaften und Kulturgegensätze stattfinden, sie hat außerdem auch noch die Aufgabe, nach beiden Seiten zu sehen und zu untersuchen sowie die Gegensätze auszugleichen; denn sie ist nicht nur reine Geisteswissenschaft, sondern sie will auch die Kunst der Behandlung von Seelenzuständen lehren.

Zuerst wurde die geistige Seite entwickelt; solange die Medizin überhaupt in den Händen der Priester war, erfuhr auch die Psychiatrie von diesen ihre einzige Ausbildung, dabei blieb sie aber überall eng verbunden mit Auffassung und Ausübung der gesamten Tempelmedizin. Ja sie hat diese enge Beziehung länger als manche andere Zweige der Arzneikunst behalten; die Herrschaft über den gesunden Geist drängte immer wieder dazu, auch den erkrankten zu leiten, so lange bis die Erkenntnis, daß es bei der Erkrankung wesentlich auf die körperliche Grundlage ankomme, die Psychiatrie wieder den Ärzten zuwies. Wo diese Erkenntnis aber noch nicht klar verstanden ist, drängt die Geistlichkeit auch heutzutage noch danach, ihre frühere führende Stellung wieder zu erhalten. Dabei geht natürlich das Ziel einer einheitlichen Verbindung mit der gesamten Medizin verloren; um so mehr war es die Aufgabe der Ärzte, dies wieder zu erreichen, und es scheint, daß gerade die Psychiatrie neuerdings zu denjenigen medizinischen Disziplinen gehört, die darnach streben, die sich zersplitternde ärztliche Kunst und Wissenschaft zur alten Einheit zu sammeln. Darin liegt also eine große Bedeutung der Psychiatrie, daß sie trotz ihrer scheinbar

abgetrennten Entwicklung eine für die Medizin allgemein wichtige Disziplin geblieben ist. Das Bedürfnis des guten Arztes, den ganzen Menschen zu behandeln, kann heutzutage nicht ohne Hilfe psychiatrischen Wissens und Erfahrung erfüllt werden; ohne diese läßt sich das volle Verständnis für die Wechselbeziehung von Geist und Körper bei inneren und äußeren Krankheiten nicht gewinnen. Seitdem die innere Medizin durch Abtrennung zahlreicher Spezialfächer immer mehr von ihrer beherrschenden Stellung verloren hat, scheint neben ihr die mit der Neurologie eng verbundene Psychiatrie eine führende Stellung im Kampf um die Einheit der Medizin zu gewinnen. Sollte die Neurologie sich wieder weiter abtrennen, so wäre das ein entschiedener Rückschritt für jene Bestrebungen.

Obwohl es nun von größtem Interesse sein würde, zu verfolgen, wie sich die angedeutete Stellung der Psychiatrie entwickelt hat, so läßt sich davon hier doch nur einzelnes andeuten. Mit der psychischen Behandlung bei Ausübung der Tempelmedizin der Griechen verband sich gute Beobachtung[1]); freilich stand ein „Heilgott" im Hintergrunde. Hippokrates gelang es, klare Gesichtspunkte aufzustellen, aber schon bei seinen Nachfolgern wurden diese unsicher, weil sie die naive psychologische Beobachtung nicht mehr von metaphysischen Spekulationen trennten. In noch stärkerem Maße wurde die naive Beobachtung aber durch die mittelalterliche Psychologie verdrängt. Flemming[2]) bezeichnete daher treffend das Eindringen dieser Psychologie als feindliche Macht für die im Altertum gewonnene Ansicht, daß Geisteskrankheiten zu den leiblichen Krankheiten zu rechnen seien; dadurch wurde die Psychiatrie schon seit Galens Zeiten von der übrigen Medizin losgerissen und blieb in ihrer Entwicklung weit hinter dieser zurück. Für die damals herrschende Psychologie konnte weder die gesunde noch die kranke Seele etwas mit dem Körper gemein haben; nach Flemmings Ansicht wuchs das geringe Interesse der Ärzte für die Geisteskrankheiten erst wieder, als auf der Grenze des 18. zum 19. Jahrhundert Krankenhäuser für Gestörte die Psychiatrie zur Arzneikunde zurückführten. Wahrscheinlich liegt diese Wandlung mehr in dem von Flemming selbst betonten Zustande der Psychologie sowie in dem der Medizin überhaupt; denn große allgemeine Krankenhäuser gab es schon früher, wie z. B. die Geschichte der byzantinischen Medizin zeigt; zweifellos traten in ihnen geistige Störungen auch bei körperlich Kranken auf. Aber ebenso wie in der Praxis des täglichen Lebens hinderte auch hier die falsche psychologische Auffassung noch lange das richtige Erkennen. Daher begegnen wir hier und da, örtlich beschränkt, besseren Zuständen, wenn sich von Humanität getragene Einsicht mit besseren Einrichtungen zur Krankenpflege verband, wie Rieger das z. B. für Würzburg nachgewiesen hat. Im allgemeinen aber war es um die Psychiatrie bis in die Neuzeit hinein traurig bestellt; als die Wissenschaft schon anfing, sich von den Banden der Psychologie zu befreien, steigerte sich zuletzt noch das Elend im Dasein der Kranken. Der Widerspruch zwischen idealistischen Anschauungen und ihrer trostlosen Anwendung läßt die Psychiatrie um den Beginn des 19. Jahrhunderts als ein Zerrbild erscheinen; erst langsam tritt sie in

[1]) Vgl. Puschmanns Einleitung im Handbuch der Geschichte der Medizin von Neuburger und Pagel.

[2]) Vgl. Einleitung seiner „Pathologie und Therapie der Psychosen". 1859.



klareres Licht, als sich die ärztliche Kunst überall wieder mit der frei entwickelten Wissenschaft geeint zeigt. Dann hat sie sich aber rasch wieder eine große Stellung errungen.

Die schädliche Einwirkung der mittelalterlichen Psychologie bedarf noch einer besonderen Erläuterung für die langen Zeiten, in denen die nachteiligen Einflüsse der Scholastik neben dem zu jener Zeit mächtigen Aberglauben wirkten. Gerade sie sind es gewesen, die den mystischen psychologischen Anschauungen die wissenschaftliche Grundlage und Berechtigung zu geben schienen; außerdem aber hinderten sie auf geistigem Gebiet eine richtige Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit, trugen auch mit dazu bei, daß im Hexenwesen Torheit oft mit Krankheit verwechselt wurde. Die zuerst immer als Dämonenwesen hervortretende alte Verbindung von Religion und Aberglauben fand im Hexenwesen einen starken Nachhall, so lange jene psychologischen Auffassungen herrschten. Als dann die Zeit der humanistischen Aufklärung und der naturwissenschaftlichen Fortschritte kam, war der Siegeszug dieser auch noch kein unwiderstehlicher, nur langsam waren die Erfolge; aber die Klarheit der gewonnenen Erkenntnis läßt uns hoffen, daß sie jetzt eine dauernde ist.

Besonders haben die „nervosistischen Theorien" und ihr Übergang in die Lehren von der Lebenskraft, und nächst ihnen namentlich der Stahlsche Animismus den Weg zur induktiven Methode angebahnt und die psychologischen Spekulationen zurückgedrängt. Es muß aber schon vor wirklichen Erfolgen in der neuen Methode des psychiatrischen Denkens ein großes Kraftbewußtsein gesteckt haben, wie es aus manchen Äußerungen der führenden Irrenärzte im Anfang des 19. Jahrhunderts spricht. So sagte Reil 1808: erst durch Hinzufügung der Psychiatrie erhalte jede Kur den Charakter der Vollständigkeit[1]). Damerow wagte 1829 in seiner begeisterten Weise die Behauptung: die Psychiatrie sei ein neuer Teil der Medizin geworden, der dritte zu den beiden übrigen, der inneren Medizin und Chirurgie[2]). Man braucht ja diesem übertriebenen Ausdruck nicht zu folgen, doch enthält er einen guten Kern: denn trotz aller zersplitternden Spezialisierung unserer Zeit ist bei allen wahren Ärzten das deutliche Streben wieder unverkennbar, den kranken Menschen, nicht nur das erkrankte Organ zu behandeln[3]). Diese Aufgabe hat die Psychiatrie jetzt klar erkannt und hält sie fester wie mancher der anderen Zweige der Arzneikunde, besonders seitdem Griesinger sie inniger mit der Nervenheilkunde verband. In diesem Sinne sagt Scholz kühn: „Das Nervensystem ist der Mensch," nur der sei ein Vollarzt, der in der Behandlung des kranken Menschen die Einheitsidee des menschlichen Organismus festhalte[4]). Das kann der Arzt aber nur, wenn er in sich die ärztliche Kunst und Wissenschaft vereint. Vom griechischen Altertum bis zur byzantinischen Periode hatte sich die Medizin und besonders die Therapie einseitig entwickelt „als eine, obschon zu bewundernswürdiger Meisterschaft gelangte, auf der Kenntnis der

---

[1]) Reil und Hoffbauers Beyträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege, Bd. I, S. 173.

[2]) Vgl. „Elemente" usw., S. 383.

[3]) Vgl. z. B. Dreyfus, Über nervöse Dyspepsie, 1908.

[4]) Von Ärzten und Patienten. 2. Auflage. München, 1900, S. 133 ff.



Regeln beruhende Kunst, nicht als eine auf die Kenntnis der Gesetze der Erscheinungen begründete Wissenschaft[1])." Vor allen Dingen entbehrte sie die Kenntnis der pathologischen Anatomie. Wenn nun unsere heutige Psychiatrie diese wissenschaftlichen Grundlagen als ein reiches Geschenk von der modernen Medizin gewonnen und erhalten hat, so darf es als ein besonderes Glück für ihre weitere Entwicklung angesehen werden, daß gerade in den Reihen ihrer Ärzte auch das Streben nach der Ausbildung der künstlerischen Seite wieder mächtiger zu werden scheint.

---

[1]) Nach Haeser a. a. O., Bd. I, S. 540.

# Altertum.

Die Psychiatrie des griechischen Altertums beschäftigte sich ganz vorzugsweise mit akuten Psychosen, um so mehr als diese Zustände in der Tempelmedizin wichtige Rollen spielten; denn sie waren nicht nur Gegenstände der Behandlung, sondern wurden von den Priestern auch für Orakelsprüche ausgenutzt. Nach Plutarchs Angaben dienten dazu hysterische, starrsüchtige, melancholische oder epileptische Frauen, in denen man göttliche Einflüsse sah oder suchte[1]). Obwohl schon Alkmaion von Kroton und Philolaos, der zur pythagoräischen Schule gehörte, lehrten: der Verstand habe seinen Ursprung im Gehirn, die Begierde, das Gemüt im Herzen, so gelang es doch erst der hippokratischen Schule, die körperlichen Grundlagen der geistigen Störungen deutlicher ins Auge zu fassen, wenn auch noch nicht klar zu erkennen: denn mehr oder weniger blieben auch hier wie in der gesamten Medizin Spekulationen über das Wesen der Krankheit das Ergebnis ihrer Untersuchungen[2]). Aber die hippokratische Kunst überwand doch die einseitige Macht der Tempelmedizin und entzog den Priestern zum größten Teil die Behandlung der psychisch Erkrankten. Die in Griechenland und Ägyptens Tempel aufgenommenen Kranken wurden dem übernatürlichen Einfluß geheimnisvoller Mächte durch Beschwörungen und Zaubermittel streitig gemacht, gleichzeitig wurde ihnen dadurch aber auch ein Schutz gegen äußere Schädlichkeiten zuteil; doch erreichte erst die hippokratische Kunst den eigentlichen Zweck des Arztes: den Kranken, nicht nur die Krankheiten zu behandeln[3]). Die Priesterärzte glaubten aus den Träumen der Kranken den Heilgott sprechen zu hören und deuteten aus ihnen das einzuschlagende Heilverfahren. Es ist nicht unmöglich, daß aus den niedergeschriebenen Aussagen der Kranken, die nach Strabos Mitteilung veröffentlicht wurden, auch noch hippokratische Schriften ihren Ursprung herleiteten[4]), aber es war ein freierer Geist in ihnen, der Heilzweck ihr Ziel. Und doch erkannten die Hippokratiker in weiser Beschränkung, daß es unmöglich sei, alle Kranken gesund zu machen, obwohl dies sicherlich besser wäre als das Voraussehen des späteren Ausganges; aber der Arzt werde auch die Behandlung am besten durchführen können, wenn er den späteren Ausgang

---

[1]) Vgl. Isensee a. a. O., Bd. II, S. 1214.

[2]) Vgl. Neuburger, Geschichte der Medizin, S. 134.

[3]) Puschmann in Neuburger und Pagel a. a. O., Bd. I, S. 7.

[4]) Vgl. Isensee a. a. O., S. 1216.

der Krankheit vorhersehe[1]). Diese dem hippokratischen „Buch der Prognosen" entnommenen Sätze enthalten eine Höhe ärztlicher Einsicht, wie sie auch die moderne Psychiatrie sich wieder erworben hat in der Betonung des Wertes der Prognose durch die Kraepelinsche Schule. Die Schärfe ärztlicher Beobachtung wurde aber leider immer wieder durch Spekulationen gestört; die Phrenitis z. B., welche in der Regel alle mit geistigen Störungen einhergehenden heftigen, besonders fieberhaften Krankheiten umfaßt, wird an vielen Stellen in treffenden Beobachtungen einzelner Symptomenkomplexe geschildert; folgende Betrachtung bewegt sich dagegen ganz auf dem Gebiete der Spekulation: „Das im Menschen enthaltene Blut vereinigt den größten Teil des Verstandes in sich, einige aber behaupten den ganzen Verstand. Wenn also die in Bewegung geratene Galle in die Adern und in das Blut gelangt, so verändert sie durch die hervorgerufene Bewegung und Verwandlung in eine Art Molken die gewöhnliche Zusammensetzung und Bewegung des Blutes und durchwärmt es, es durchwärmt aber auch den ganzen übrigen Körper und der Betreffende liegt im Delirium und ist nicht bei Verstande, weil das Fieber heftig geworden ist[2])." Solche Anschauungen konnten natürlich auch nicht ohne Einfluß auf die Behandlung bleiben, so sehr sie sonst humanen Grundsätzen folgt; mit Abführmitteln scheint vielfach sehr reichlich vorgegangen zu sein. Auffallend ist, daß die Hippokratiker trotz ihrer guten Beobachtungsgabe keine klare Unterscheidung für einzelne Formen geistiger Störungen aufgestellt haben, so daß es oft recht schwer ist, Vergleiche mit den jetzt gebräuchlichen Krankheitsbildern zu machen. Da wir heutzutage aber ja auch noch an ähnlichen Unklarheiten leiden, so dürfen wir uns darüber kaum wundern und müssen den gemeinsamen Grund in der Sache selbst aufsuchen. Wenn wir Haeser[3]) folgen, so hat die Unbestimmtheit der Hippokratiker ihren guten Grund darin, daß ihr Denken und Handeln auf der Ansicht von der untrennbaren Einheit des Lebens beruhte, und daß ihnen nichts so fern lag, als die Trennungen einer nosologischen Systematik.

Jene Durcheinanderschiebung geht so weit, daß z. B. Phrenitis und Melancholie einander ganz nahe gestellt werden, weil in beiden das Blut durch die Galle und den Schleim verdorben sei: „denn deshalb phantasieren sie oder bekommen auch Wutanfälle, diese sind aber wie das Delirium um so geringer, je schwächer die Galle ist"[4]). Hier geht der Begriff der Melancholie also auch in den der heutigen Manie über, welche damals der Regel nach nur Irresein im allgemeinen, ähnlich wie an anderen Stellen *ἄνοια, Παραφροσύνη* usw. bedeutete. Als *φρόντις* wird eine schwere hypochondrische Form geschildert mit abnormen Sensationen der Unterleibsorgane und mit schreckhaften Visionen[5]). Einige Schilderungen lassen die Frage aufkommen, ob die Dementia paralytica gemeint sei; zweifellos sind einige ihrer wichtigsten Einzelsymptome geschildert, wie: Zucken der Lippen, Zähneknirschen, undeutliche und zitternde

---

[1]) Vgl. Hippokrates' sämtliche Werke, ins Deutsche übersetzt und ausführlich kommentiert von Dr. Robert Fuchs. München-Lüneburg, 1897, Bd. I, S. 451.

[2]) Vgl. Fuchs a. a. O., „De morbis", S. 403.

[3]) Haeser a. a. O., Bd. I, S. 528.

[4]) Fuchs am zuletzt a. O.

[5]) Haeser am zuletzt a. O.

Sprache, Unterbrechung der Rede, Steifigkeit der Zunge, chronische Lähmungen mit Krämpfen wechselnd und mit Größenwahn verbunden[1]). Es sind aber nur hier und da einige dieser Symptome gruppenweise vereinigt erwähnt; die von Isensee in den Praenotiones Coacae als Beweis für Dementia paralytica gefundenen Stellen sind nicht entscheidend; aber es kann im Altertum so gegangen sein wie im Mittelalter; auch Obersteiner[2]) glaubt, daß sie in den Zeiten der römischen Imperatoren vorgekommen sei. Mönkemöller hat vor kurzem überzeugend nachgewiesen, daß die Paralyse auch schon in den drei Jahrhunderten vor ihrer Entdeckung in Europa vorkam; anscheinend in nicht vielen Fällen, da ein stärkeres Anschwellen sich erst am Ende des 18. und Beginn des 19. Jahrhunderts bemerkbar machte. Er weist auch nach, in wieviel Fällen sie dann noch der Beobachtung der Ärzte entging; am auffallendsten sind die Beispiele von Nasse und Jacobi, zu denen ich Jessen und Griesinger hinzufügte, die sämtlich, zum Teil klassische Schilderungen der Paralyse lieferten oder wiedergaben, ohne das einheitliche Krankheitsbild als solches zu erkennen, sogar zu einer Zeit, wo andere dies getan hatten. Man darf sich daher nicht wundern, daß den Ärzten des Altertums bei ihren kurzen, nicht auf fortlaufende Beobachtung in Krankenhäusern begründeten Schilderungen nur einzelne Zeichen der Paralyse auffielen, ja man wird eine einheitliche Auffassung von ihnen überhaupt nicht erwarten. Daher halte ich das Vorkommen der Paralyse im Altertum noch nicht für widerlegt. Iwan Bloch bestreitet neuerdings wieder das Vorkommen der Syphilis im Altertum, doch sind die Gründe, welche Proksch, Sudhoff u. a. dafür anführen, nicht beseitigt. Der Satz: „ohne Syphilis keine Paralyse“ kann weiter gelten, daneben aber die von Mönkemöller wieder sehr unterstützte Annahme, daß das Anwachsen der Paralyse auf die zunehmende Zivilisation zurückzuführen sei.

Als ein besonderes Meisterstück galt auch früher die von Hippokrates selbst oder einem seiner nächsten Verwandten gegebene Schilderung der Epilepsie. Dabei gab er die Funktionen des Gehirns genau und klar an; es war für ihn auch Sitz und Ausgangspunkt psychischer Störungen[3]), während heftige Affekte und abnorme Erregungen durch Galle, Schleim und Wasser verursacht angesehen wurden. Diese Idee der Kardinalsäfte überwucherte aber bald die bessere Erkenntnis, so daß schon die meisten Nachfolger des Hippokrates das geistige Zentrum überhaupt nicht mehr im Gehirn annahmen[4]), der Mangel pathologischer Anatomie ließ der Spekulation wieder freien Spielraum. Soury[5]) zeigt eingehend, daß schon der Autor des „περὶ ἱερῆς νόυσου“ Gefühl und Verstand nicht im Gehirnparenchym selbst suchte, sondern annahm, daß sie aus der Luft stammen. Sie dringen aus dem Munde ins Gehirn und von da aus verbreite der Rest des πνεῦμα sich im Körper; so sei die Luft ἀήρ der Sitz, das Gehirn nur ihr ἑρμηνεύς = l'interprète des Verstandes.

---

[1]) Vgl. Schramm a. a. O., S. 33, und Leidesdorf a. a. O., S. 5, sowie Isensee, S. 1216, und Zerbe, S. 228. — Vgl. unten auch Caelius, Soranus und Aretaeus.

[2]) A. a. O., S. 3 und 7.

[3]) Vgl. Haeser, Bd. I, S. 528.

[4]) Vgl. Fuchs bei Neuburger und Pagel, Bd. I, S. 263.

[5]) École pratique des hautes Études. Annuaire 1907, Paris, pag. 5—35. „Nature et Localisation des Fonctions psychiques chez l'auteur du traitè de maladie sacrée.“

Indem Hippokrates die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten festhielt, verwarf er aber doch den göttlichen Ursprung und die Ansicht, es handle sich um eine göttliche Strafe.

Dieselben Anschauungen beherrschten damals auch die Therapie; man suchte ganz vorzugsweise die körperlichen Grundlagen zu beeinflussen. Dabei war die Behandlung im ganzen eine reizlose und beruhigende: darunter zweckmäßige Diät, kalte und warme Übergießungen. Sehr verbreitet war die Anwendung von Abführmitteln, die später sprichwörtliche durch Helleborus[1]); gymnastische Übungen wurden dagegen nicht oft, meistens nur für Schwachsinnige empfohlen; auch gehörte zu ihnen das Schaukeln in schwebend gehaltenen Betten[2]). Rechte Ruhe konnte aber in die Behandlung nicht kommen, da auch die Ansichten über das Wesen der Krankheit wieder hin und her schwankten. Der koischen und knidischen Schule des Hippokrates galt das Gehirn als eine mit kalter Flüssigkeit gefüllte Drüse, welche wie ein Schwamm alle zu Schleimwasser gewordenen Verdauungsdünste in sich aufnahm — daher galt Ausfluß aus der Nase und Niesen für eine Erleichterung des Gehirns. Für die beiden genannten Schulen war also das Gehirn der Sitz des Denkens, Fühlens und Wollens, während die sizilische Schule den Verstand in das linke Herz verlegte[3]).

Eigentlichen Krankenhäusern, die wohl auch für Geisteskranke benutzt wurden, begegnen wir erst viel später (siehe unten Byzantinische Medizin). Die älteste Fürsorge bestand nach einer Verordnung Solons darin, daß schlimme Irre eingesperrt wurden, gutmütige in Privatpflege bleiben sollten[4]). Das römische Gesetz der zwölf Tafeln bestimmte, daß ein Insanus unter Umständen die Verwaltung seiner Angelegenheiten haben dürfe, ein Furiosus dagegen zu bevormunden sei. Die Entscheidung über die Zurechnungsfähigkeit lag lediglich in der Hand des Richters; ärztliche Sachverständige werden auch bei den Römern selten genannt. Mit Ausnahme dieser fortgeschrittenen Ausbildung einzelner Teile einer forensischen Psychiatrie folgt die Psychiatrie sonst bei den Römern so sehr den griechischen Schulen, daß eine allgemeine Schilderung ihrer Entwicklung sich erübrigt.

Gehen wir jetzt über zu den Lehren einzelner hervorragender Ärzte des Altertums; denn die Mitteilung der Ansichten der Philosophen über Geistesstörungen würde hier zu weit führen. Wie sehr man sich aber auch in diesen Kreisen mit den geistigen Tätigkeiten beschäftigte, geht z. B. daraus hervor, daß die Behauptung des großen Arztes Erasistratus, der Umfang der Oberfläche des Gehirns bilde einen Maßstab für die geistige Befähigung, im Altertum vielfach verhandelt wurde; ihr gegenüber wurde aber auch die Wichtigkeit des inneren Baues hervorgehoben.

* * *

[1]) Vgl. Magnus a. a. O., S. 209: „eine Reise nach Anticyra machen, wo der Helleborus in besonderer Menge und Güte wuchs".

[2]) Vgl. Isensee a. a. O., S. 1219, und unten Asklepiades.

[3]) Vgl. Neuburger, Bd. I, S. 172 und 223 ff., ferner Magnus a. a. O., S. 21.

[4]) Vgl. Baas, Die geschichtliche Entwicklung usw., S. 152.

In einen gewissen Gegensatz zu den Lehren der hippokratischen Schule trat Asklepiades aus Bithynien (geb. 124 v. Chr.); er lebte in etwas marktschreierischer Weise in Rom[1]). Phrenitischen verschaffte er durch unausgesetztes Massieren den Erschöpfungsschlaf; übrigens trennte er von der Phrenitis jene psychischen Aufregungszustände, die symptomatisch im Verlauf von Pneumonie oder Pleuritis vorkommen[2]). Neben Zwangsmitteln gewährte er der psychischen Behandlung ihr Recht, so daß Heinroth[3]) ihn den Vater der psychischen Medizin nennt. Die Begründung dieses Lobes ist freilich schwach, denn sie beruht darauf, daß er von Aretaeus getadelt wird, weil er Gesang als Heilmittel verwende; wir erfahren dabei auch nur, daß er phrygische Weisen bei den Melancholikern, dorische und lydische bei Erregten zur Beruhigung wählte. Er äußerte sich gegen Aderlässe und den Aufenthalt im Dunkeln, weil die eingebildeten Bilder durch keine wirklichen Eindrücke korrigiert würden. Über seine oben schon erwähnte Behandlungsart mit Schaukelbewegung in hängenden, mit Stricken befestigten Betten und über die Schaukelbäder (Balinea pensilia) ist weiter nichts Genaueres bekannt[4]).

Bedeutende Sätze finden sich in den Schriften des Celsus, die unter Tiberius verfaßt wurden. Er war kein Arzt, aber ein ärztlicher Dilettant und Enzyklopädist[5]) und über alle ärztlichen Dinge ausgezeichnet unterrichtet. Im 18. Kapitel des 3. Buches seines Traktats: „de tribus insaniae generibus: et primo de ejus curatione, quae a Graecis φρενῖτις dicitur" unterschied er[6]) wesentlich nach Fieber und Dauer: 1. Akute fieberhafte φρενῖτις; (Flemming bewundert hier die Gleichstellung der Geistesverwirrung in akuten und chronischen Krankheiten, denn diese Ansicht sei erst in dem Irrtum einer späteren Zeit untergegangen, als man in den chronischen Geisteskrankheiten eine moralische Verwirrung bei gesundem Leibe zu erkennen wähnte). 2. Melancholie, in deren Verlauf erst leichte Fieberbewegungen auftreten. 3. Chronischer Wahnsinn in zwei Spezies: eine, wo bei gesunder Denktätigkeit der Kranke von Visionen (imaginibus) irregeleitet werde; die andere, wo die Denktätigkeit nicht richtig operiere, also bei richtigen Wahrnehmungen zu falschen Schlüssen führe. Mit Entschiedenheit forderte er, daß die Behandlung der Eigentümlichkeit jedes einzelnen Falles angepaßt werde. Grundlose Furcht soll durch freundliches Zureden, allenfalls durch liebevollen Betrug beseitigt werden; Rasende seien zuweilen nur durch Hunger, Fesseln und Schläge zu bändigen; Trübsinn weiche oft den Klängen der Musik. Man solle den Kranken nicht durch Widerspruch erbittern, sondern die Wahngebilde durch freundliches Eingehen auf seine Vorstellungen und durch allmähliche Belehrung zerstreuen. Für gebildete Kranke empfiehlt er das Vorlesen. Die wichtigste Aufgabe ist es ihm, dem Kranken den Schlaf zu verschaffen; dazu verordnete er Mohn und Bilsenkrauttränke. Zur Befestigung der Genesung dienten sorgfältige Diät, Wechsel des Wohnortes und jährliche Reisen.

---

[1]) Vgl. Fuchs a. a. O., S. 326.
[2]) Vgl. Neuburger a. a. O., S. 298.
[3]) Vgl. sein Lehrbuch I. Teil, S. 64 ff.: „Kritische Geschichte der Theorie und Technik der Seelenstörungen."
[4]) Vgl. Neuburger a. a. O., Bd. I, S. 301. — Brenning a. a. O., S. 103 ff.
[5]) Vgl. Bloch bei Neuburger und Pagel, S. 416/417, Bd. I.
[6]) Vgl. Flemming a. a. O., S. 747 ff.

Soranus aus Ephesus lebte als Arzt unter Trajan und Hadrian in Rom; sein Werk wurde erst 300 Jahre später durch Caelius Aurelianus aus Numidien, der ebenfalls in Rom lebte, lateinisch bearbeitet und dadurch weit verbreitet; nicht ganz sicher ist es, ob Caelius Aurelianus auch eigene Ansichten entwickelt hat[1]) oder ob er nur die des Soranus wiedergab; jedenfalls ist dieser der wichtigere. Sie treten entschieden gegen Zwangsmittel auf, denen damals viele Ärzte huldigten[2]); der Gebrauch der Peitsche, absichtliche Berauschung der Kranken wurden unbedingt verworfen, allgemeinen und örtlichen Blutentziehungen das Wort gesprochen. Auch sie legten großen Wert auf psychische Behandlung, vor allem auf die Isolierung des Kranken unter Aufsicht verständiger Wärter; auf die Einrichtung des Lagers wurde geachtet, die Einwirkung des Lichtes, die Vermeidung jeder Erregung, z. B. durch Wandgemälde. Die Behandlung richtete sich besonders dabei nach dem Grundzustande: dieser war „strictura" oder „solutio"; erstere erforderte Abhaltung aller erregenden Einflüsse, letztere Zufuhr von Reizen[3]). Ein vorurteilloses Denken und großer Mut gehörten dazu, die Anwendung von Amuletten (ligamenta) und Beschwörungen (incantationes der magi) bei der Epilepsie zurückzuweisen[4]). In dem Werk: De morbis acutis werden schon Phrenitis, ihr Gegenstück: der Lethargus und Katalepsie unterschieden, unter letzterer sind vermutlich auch hysterische Zustände einbegriffen. Im Caelius Aurelianus[5]) lautet die Überschrift der beiden Kapitel: De furore sive insania, quae Graeci *μανίαν* vocant, und: de melancholia. Die Gemütsverstimmung (hilaritas et moestitudo) werden in der Symptomenreihe zuerst aufgeführt, die Melancholie als Teilerscheinung des Wahnsinns angesehen, von welchem nur die eine besondere Art der Melancholia hypochondrica als selbständige Krankheit ganz getrennt wird. Unter den Zeichen werden auch erwähnt: Steifigkeit der Zunge, undeutliche und zitternde Sprache, Unterbrechung der Rede, Zucken der Muskeln, der Lippen. Es sei ein Irrtum, die Geisteskrankheit hauptsächlich als ein Leiden der Seele und später des Körpers aufzufassen, weil sich körperliche Krankheitssymptome bereits vor dem Irresein zeigen.

Aretaeus aus Cappadocien war vermutlich ein Zeitgenosse des Soranus und des Galenos[6]); er studierte in Alexandria und praktizierte in Rom. Die wissenschaftliche Seite der Psychiatrie erfuhr durch ihn manche bedeutende Fortschritte. Von ihm rührt die begrenzte Anwendung des Wortes Melancholie auf die Zustände, die auch heutzutage in der Regel noch so bezeichnet werden; er sah sie als die Grundform an, aus der sich alle anderen Formen entwickeln, auch die mit Lähmungen; er sah sie als Anfang und Teil-

---

[1]) Nach Neuburger (a. a. O., Bd. II, S. 71) vertrat er im Gegensatz zu den Theorien, welche die Basis des Gehirns, das Herz, den Herzbeutel, die Aorta, die Hohlvene oder das Zwerchfell als Sitz der Krankheit erklärten, die Meinung, daß die Phrenitis ein Leiden des ganzen Körpers sei, wenn auch der Kopf dabei vorzugsweise erkrankt wäre.

[2]) Vgl. Isensee a. a. O., S. 2224. (Er ruft feurig aus: „Caelius Aurelianus — nicht Pinel zuerst — entfernte die Ketten!"

[3]) Vgl. Neuburger a. a. O., Band II, S. 70.

[4]) Vgl. Fuchs a. a. O., S. 346.

[5]) Vgl. Schramm a. a. O., S. 33.

[6]) Vgl. Fuchs a. a. O., S. 366, und Kleinwächter in Rohlfs Deutschem Archiv für Geschichte der Medizin, 1883, Bd. VI, S. 43 (der ihn für einen Zeitgenossen Galens hält, da keiner den andern erwähne). — Vgl. auch Neuburger a. a. O., S. 340.



erscheinung des Wahnsinns an und erkannte eine häufige Verbindung mit Krämpfen, nicht nur mit Lähmungen; Nerven- und Gehirnkrankheiten beschrieb er nebeneinander[1]); die gekreuzte Tätigkeit der Nervenzentren hat er gekannt, auch bei Lähmungen. *Ἀποπληξία* nannte er die Lähmung des Denkens, Empfindens und Bewegens, *παραπληγία* des Empfindens und Bewegens, *παράλυσις* des Bewegens, *ἀναισθησία* des Empfindens[2]). Interessant ist auch, daß er die Hysterie bei Männern kannte[3]). Die Phrenitis lokalisierte er im Gehirn und in den Sinnen, Manie und Melancholie in den Hypochondrien. Er gab von den einzelnen Formen ausgezeichnete Schilderungen, berücksichtigte namentlich auch die ursächlichen Verhältnisse, darunter die soziale Stellung und die geistige Beschäftigung sowie ihr Übermaß, den Einfluß der Temperamente usw. Als unterscheidendes Symptom der Raserei und des Wahnsinns gab er an, daß bei dem letzteren die Kranken die Dinge sehen, wie sie wirklich sind und auch der Gesunde sie sieht, und nur falsch über sie urteilen, während sie in der Raserei die vor ihren Augen befindlichen Dinge weder sehen noch erkennen[4]). Bei der Behandlung legte er das Hauptgewicht auf Arzneien. Zur Nachkur dienten Thermen, Meer- und Sandbäder, Seereisen, Aufenthalt in schönen Gegenden. Da die nächste Ursache des Wahnsinns im Gehirn liege, so ließ er den Kopf rasieren und Schröpfköpfe aufsetzen, verordnete Aderlässe. Zwangsmittel werden bei ihm nirgends erwähnt[5]).

Wohl nur von anekdotischem Wert ist die oft aus jener Zeit wiederholte Erzählung, daß der Arzt Rhuphos von Ephesus (auch von Philotimos wird dasselbe berichtet) einen Mann, der die fixe Idee hatte, keinen Kopf zu besitzen, durch einen bleiernen Hut heilte; später sah man darin ein frühes Beispiel psychischer Heilmethode.

Während Aristoteles und die Stoiker das Herz als den Sitz der gesamten Seele ansahen, wies Plato der göttlichen Seele, dem *νοῦς*, den Kopf als Sitz an; freilich waren Spekulationen auch hier der Grund dieser Anschauung: denn er sah die Kugelform des Kopfes als eine Nachahmung der vollkommenen Kugelform des Weltalls und der großen Weltkörper an; auch die leuchtenden Kugeln der Augen schilderte er. Bekannt ist seine Meinung, daß der Wahnsinn etwas Göttliches sei, und daß eine Art von Raserei zur Vollbringung jeder großen Tat und zur Aufdeckung jeder verborgenen Wahrheit erfordert werde[6]).

Ein eifriger Platoniker war Galenos (131—201). Durch ihn wurde jener Teil der Lehre des Hippokrates, daß das Gehirn der Sitz der Seele sei, wieder außer Zweifel gesetzt und behauptete sich von da an so lange wie Galens sonstige Lehren[7]). Es geschah dies mit allen Mitteln seines Scharfsinns und seiner dialektischen Gewandtheit. Freilich führte das nach Hirsch[8]) auch dazu, daß er die großen Lücken in der Erkenntnis durch kühne Hypothesen

---

[1]) Vgl. Falk a. a. O., S. 540.
[2]) Vgl. Fuchs a. a. O., S. 366.
[3]) E. l., S. 368.
[4]) Vgl. Isensee a. a. O., S. 1222.
[5]) Vgl. Zerbe a. a. O., S. 230.
[6]) Vgl. Sprengel a. a. O., S. 159.
[7]) Vgl. Falk a. a. O., S. 538.
[8]) A. a. O., S. 10.

ausfüllte: in der ganzen Entwicklungsgeschichte der Medizin gebe es aber kein künstliches System, das so sehr den Stempel einheitlicher Vollendung trage; daraus erklärt er dann auch den immensen Zauber, den es länger als ein Jahrtausend ausgeübt habe. Man glaubte, daß Galen es verstanden habe, die hippokratische Kunst in eine systematische Wissenschaft umzuwandeln[1]), und seine Mängel traten nicht hervor. Er hat auch an der Schwelle aller großen Entdeckungen gestanden: er kannte die Folgen der schichtenweisen Abtragung des Gehirns, sah das Herz pulsieren, hat das Rückenmark quer durchschnitten, durch seitliche Trennung halbseitige Lähmung hervorgebracht[2]); daher ist es doppelt auffallend, daß sein sonst so bahnbrechender epochemachender Einfluß der Psychiatrie so wenig genutzt hat, deren Entwicklung eigentlich seit ihm stillstand. Der Grund für diese Stabilität war der Mangel der normalen und pathologischen Anatomie des Menschen[3]), es fehlte an einer Korrektur für die verfehlten psychologischen Hypothesen. Das Gehirn war für Galen freilich Sitz des Denkens, Zentralstätte der Empfindung und Bewegung, aber diese Funktionen beruhten auf dem *πνεῦμα ψυχικὸν*, welches aus dem feinsten Inhalt der Karotiden in den Plexus chorioidei der Seitenventrikel bereitet werde. Auch hielt er fest an der alten Sekretionslehre, wonach die Unreinigkeiten (schleimige Feuchtigkeiten) des Gehirns durch das Siebbein nach Nase und Gaumen entweichen[4]); seine in mancher Beziehung treffende Schilderung damaliger Psychosen leidet an solchen unklaren physiologischen Vorstellungen; Phrenitis wird wie sonst bei den Alten geschildert, die mitergriffenen Gehirnhäute sollen durch den Zufluß galligen Blutes erhitzt werden: beim Lethargus gilt ihm fauliger Schleim in den Gehirnhäuten als auslösender Reiz. In die Mitte zwischen diese beiden Formen stellt er die Typhomanie, welche gewisse Symptome beider in sich vereinige. Die Manie verdankt dünnen galligen Säften ihre Entstehung und unterscheidet sich von der Phrenitis nur durch den Mangel des Fiebers. Melancholie kann auf zweierlei Art zustande kommen, sei es, daß die gesamte Masse des Blutes leide, sei es, daß nur das Blut des Gehirns ergriffen werde; im ersteren Falle bilde der Aderlaß einen Hauptbestandteil der Kur.

Daß die Behandlung der Psychosen auf solchen Wegen keine weiteren Fortschritte machte, ist selbstverständlich; dazu kommt noch — für diese Zeit wenigstens —, daß Krankenhäuser fehlten. Man kümmerte sich wenig um die Masse der Kranken, denn von der Behandlung der chronischen sollte sich der Arzt, sogar nach der Lehre des Hippokrates[5]), fernhalten, da die eigentliche Kunst nichts mehr bei ihnen vermöge. Diesem Satze scheinen freilich andere edle Vorschriften[6]) zu widersprechen: „Bietet sich Gelegenheit, einem Fremden und Bedürftigen Hilfe zu leisten, so soll man diesem in hervorragendem Maße zu Diensten stehen.“ Aber die Krankenpflege war noch nicht organisiert; die Jatreien waren nur Geschäftsläden römischer Ärzte, zum Teil große Gebäude

[1]) Vgl. Neuburger a. a. O., S. 134.
[2]) Vgl. Falk, Galens Lehre vom gesunden und kranken Nervensystem. Leipzig, 1871.
[3]) Vgl. Haeser a. a. O., S. 540.
[4]) Vgl. Neuburger a. a. O., S. 379 und auch 391/392 für das Folgende.
[5]) Vgl. Neuburger a. a. O., S. 191. — Vgl. auch Brenning über Aretaeus.
[6]) Hippokrates v. Fuchs kommentiert a. a. O., Bd. I, 1895. Der Arzt. Kap. I, S. 60.



mit großen Türen, von Galen auch ἐργαστήρια genannt[1]), die auf Kosten der Städte später auch wohl zu Valetudinarien erweitert wurden; von Irrenpflege in ihnen hören wir aber nichts[2]).

Erst eine spätere Zeit bringt uns die Kenntnis von großen Krankenhäusern; ob in ihnen auch Geisteskranke behandelt wurden, ist nicht immer festzustellen, aber doch sehr wahrscheinlich; 875 gab es z. B. in Ägypten eine eigene Irrenabteilung in einem von Ibn Tulun gestifteten Krankenhaus; auch in Bagdad, Damaskus und Kairo gab es später eigene Irrenanstalten[3]). Diese öffentlichen Krankenhäuser sind meistens byzantinischen Ursprungs[4]). Das älteste, die „Basilias", 370 n. Chr. in Caesarea vom heiligen Basilius gegründet, umfaßte Armen-, Fremden- und Magdalenenhäuser sowie außerhalb derselben befindliche νοσοκομεῖα. Besondere Beamte dieser Krankenhäuser und Hospitäler in Caesarea, die sogenannten „Parapemponten" oder „Parabalanen", Krankenaufsucher, mußten die hilflosen Kranken, namentlich Fremde, aufsuchen und in das Hospital begleiten. Daß so auch umherstreifende Geisteskranke ins Hospital kamen, scheint mir zweifellos, um so mehr, als wir uns diese Krankenhäuser sehr groß zu denken haben: so hatte z. B. ein später um 1100 in Konstantinopel erbautes Orphanotropheum die Größe einer kleinen Stadt, nahm auch Kranke und Arme jeder Konfession auf. Zweifellos spielte bei diesen Unternehmungen christliche Menschenliebe die grundlegende Rolle; dabei werden manche Psychosen unter anderem Namen mit aufgenommen sein, weil nur die eigentlich „Besessenen" eine besondere Stellung in der Kirche einnahmen. Wenn schon die zweite alexandrinische Schule als die eigentliche Nährmutter des späteren Hexen- und Dämonenglaubens angesehen werden muß[5]), so ist die dämonische Besessenheit in ihrer großen Häufigkeit doch erst in und durch die dann folgenden christlichen Jahrhunderte entstanden. Der Stand der „Exorzisten", anfangs aus orientalischen Magiern, besonders ägyptischen Priestern, später aus christlichen und jüdischen Heilkundigen gebildet, ist nach Harnack ebenso wie heute die „Naturärzte" neben den gelehrten Ärzten anzusehen[6]). Wir müssen uns aber nicht nur unter den Besessenen, sondern unter den sicher auch damals häufigen Nervösen, die so oft an der Grenze der Psychosen stehen, Fälle denken, die den Exorzisten und Heilgöttern zufielen; um das zweite und dritte Jahrhundert reiste man bei Krankheiten des Leibes wie der Seele zu den Tempeln des Äskulaps[7]) und brachte ihm, dem *ΘΕΟΣ ΣΩΤΗΡ* die reichsten Geschenke; Zeus selbst und Apollo wurden „Heilande". In einer Streitschrift zwischen Origenes und Celsus handelt es sich darum, ob Jesus der rechte Heiland sei oder Äskulap.

---

[1]) Fuchs e. l., S. 41.

[2]) Fuchs in Neuburger und Pagel, Bd. I, S. 180, berichtet: „Ein Bibliotheksgebäude in Theben (Ägypten) hatte die Aufschrift: ψυχῆς ἰατρεῖον.

[3]) Neuburger II, 1, S. 193 und 194.

[4]) Iwan Bloch: „Die byzantinische Medizin", in Neuburger und Pagel, Bd. I, S. 499.

[5]) Pagel in Neuburger und Pagel a. a. O., Bd. I, S. 453.

[6]) Vgl. Iwan Bloch a. a. O., S. 505.

[7]) E. l., S. 495.

Unter den besonders zu erwähnenden Ärzten dieser byzantinischen Zeit, die auch den Übergang vom Altertum zum Mittelalter nicht scharf trennen lassen, begegnen uns die Brüder Cosmas und Damian; sie studierten in Syrien Medizin und übten die ärztliche Kunst unentgeltlich in Cilicien aus; sie heilten die Kranken ohne Medizin, nur durch Gebet. Während der Christenverfolgungen unter Diocletian (um 300) wurden sie enthauptet.

Interessant ist die Lehre des Poseidonios (zur Zeit des Valens und Valentinians), daß die Einbildungskraft im vorderen Teil des Gehirns, die Vernunft in den mittleren Höhlen, das Gedächtnis im hinteren Teil lokalisiert sei[1]); später folgte auch der Philosoph Nemesios dieser Ansicht[2]); seine Schrift *περὶ φύσεως ἀνθρώπου*, noch 1819 ins Deutsche übersetzt, war sehr verbreitet und scheint gerade der Lokalisationslehre des Poseidonius zu ihrer langdauernden Wirkung verholfen zu haben. Bei der Manie fand Poseidonios das Gedächtnis unverletzt, Einbildungskraft und Vernunft aber leidend, also die vorderen und mittleren Hirnteile waren vorzugsweise beteiligt nach seiner Anschauung[3]). Poseidonios trennte komatöse, kataleptische und schlafsüchtige Zustände voneinander. Im phrenitischen Delirium empfahl er Schlafmittel entweder in Form von Einreibungen im Gesicht oder von Riechmitteln oder von internen Medikamenten[4]). Kurz erwähnt werden muß die Jahrhunderte hindurch benutzte, aber wenig wertvolle Rezeptsammlung, die sogenannte „Medicina Plinii", weil sie auch Mittel gegen Geisteskrankheiten aufführt[5]).

In der römischen Kaiserzeit verbreitete sich immer mehr der Gebrauch von Amuletten; von Archigenes wurden sie gegen Epilepsie empfohlen. Wenn wir, Bloch folgend, noch kurz Oreibasios, den Leibarzt des Kaisers Julian Apostata (auch eine kurze Phrenologie von ihm ist erhalten[6]) und Aëtios als Schriftsteller über Psychosen nennen, so treten wir damit freilich schon in die Zeit des eigentlichen Mittelalters ein; da die byzantinische Medizin hier aber mehr als Ausläufer der griechisch-römischen auftritt, sollen doch auch noch einige andere hervorragende Ärzte erwähnt werden.

Alexander von Tralles (525 n. Chr. geb.[7]) hat sich besonders mit den Krankheiten des Nervensystems beschäftigt. In überraschender Weise wiederholen sich die alten hippokratischen Lehren in den meisten seiner Anschauungen und Behandlungsarten. Ein eigentlicher Fortschritt ist dabei aber in den Grundanschauungen der griechischen Medizin für den langen Zeitraum nicht zu finden; vor allem fehlte ihr ein Fortschritt der Anatomie[8]); denn die Anklänge an die Lokalisationslehre des Poseidonios (Karos sei im vorderen Teile des Gehirns zu suchen) sind nicht irgendwie begründet. In Einzelheiten zeigt Alexander von Tralles aber auch besondere Ansichten, welche auf

---

[1]) Vgl. Pagel bei Neuburger und Pagel. Bd. I, S. 489 ff. — Boruttau, e. l. Bd. II, S. 346, nennt Willis „Vater des Lokalisationsgedankens", nicht ganz mit Recht.
[2]) Vgl. Iwan Bloch a. a. O., S. 524.
[3]) Vgl. Neuburger a. a. O., Bd. II, 1. Hälfte, S. 54 ff.
[4]) E. l. S. 490.
[5]) Vgl. Neuburger, Bd. II, S. 59.
[6]) Vgl. Neuburger a. a. O., Bd. II, 1. Hälfte, S. 52.
[7]) Iwan Bloch, e. l., S. 540.
[8]) Vgl. Haeser a. a. O., S. 540, und Neuburger, Bd. II, S. 114.



einen Kampf der Meinungen deuten. So verwirft er örtliche Beeinflussung des Kopfes durch Inzisionen, Kauterisation und Trepanation. Die Lehre, daß die Manie eine zur Tobsucht gesteigerte Melancholie sei, ist bei ihm durch die Annahme begründet, daß unter Melancholie auch Tobsucht, Wahnsinn, Verrücktheit und manche Fälle von Stumpfsinn zu verstehen seien; als Herd der Melancholie nennt er Gehirn, Magen, Herzgrube oder den ganzen Körper. Wir sehen also die alten Lehren bei ihm wieder verwischt und jedenfalls nicht klarer, so daß Heinroths Ausruf[1]): „Kaum hat wohl das Altertum einen vollkommeneren psychischen Arzt aufzuweisen" wenigstens für die wissenschaftliche Seite nicht richtig ist. Seine Behandlung mit sorgfältiger Diät, warmen Bädern usw. erscheint aber einwandfrei; Schlaf nennt er das einzige und beste Heilmittel des Wahnsinns[2]).

Erwähnenswert ist die Lehre des etwa 620 in Byzanz lebenden Theophilus, daß die Gestalt der Schädelknochen von der Entwicklung des Gehirns abhänge[3]).

Paulos von Ägina suchte den Sitz der Anosmie in den vorderen Gehirnhöhlen[4]); da er ein bedeutender Chirurg war (erste Hälfte des 7. Jahrhunderts in Alexandria), könnte eine anatomische Beobachtung zugrunde liegen.

Es ist zweifelhaft, ob man die Leistungen der salernitanischen Schule als direkt abhängig von den Lehren des Altertums hier einfügen soll — Lehren wie die des Platearius (12. Jahrhundert), daß die Ursache der Frenesis ein apostema in anteriori cellula capitis, die der Lethargie ein Abszeß der hinteren Hirnkammer sei, legen die Möglichkeit dazu näher[5]); daher bleibt in der Reihe der direkt vom Altertum abhängigen Ärzte als letzter für uns noch der typisch wichtige

Joannes Aktuarios, welcher im Anfang des 14. Jahrhunderts in Byzanz lebte[6]). Seine psychologischen Schriften über die normalen und abnormen Tätigkeiten des Seelengeistes und die darauf bezügliche Diät wurden noch in den letzten Jahrhunderten (1774 und 1840) übersetzt und gelesen. Das Pneuma, die materielle Grundlage der Seele, kann erkranken, daher kann durch körperliche Krankheiten auch die Seele beeinflußt werden; einzelne Geistestätigkeiten lokalisiert er in einzelnen Hirnpartien unter Benutzung der Lehren des Poseidonios, doch weiß er Urteil und Verstand nicht zu lokalisieren, während er Phantasie, Vernunft und Gedächtnis wieder in vorderen, mittleren und hinteren Gehirnteilen sucht, wie Poseidonius.

So wird — aus Spekulation, guter klinischer Beobachtung und schlechten anatomischen Grundlagen zusammengesetzt — die hippokratische Kunst bis tief ins Mittelalter hineingetragen, ohne der Psychiatrie noch sonderlichen Nutzen zu schaffen.

---

[1]) Lehrbuch: Bd. I, S. 64 ff. Kritische Geschichte usw.

[2]) Vgl. Haeser e. l., S. 536, und Neuburger II, S. 114.

[3]) Haeser, S. 461/462.

[4]) Neuburger e. l., S. 123.

[5]) Vgl. Pagel in Neuburger und Pagel, Bd. I, S. 655, und Neuburger II, 1, zweite Hälfte.

[6]) Vgl. Iwan Bloch a. a. O., S. 566/567, und Neuburger, Bd. II, S. 134.

# Mittelalter[1].

Die Schwierigkeit, Altertum und Mittelalter zeitlich genau zu scheiden, ist für die Geschichte der Psychiatrie noch größer als für manche andere Zweige der Medizin, weil die Überlieferungen noch größere Lücken aufweisen wie anderswo. Wenn es daher auch kaum möglich ist, einem Zusammenhang nachzugehen, um so weniger als in diesem Handbuch auch räumliche Gründe dies verhindern, so werde ich doch versuchen, den Übergang zur deutschen Psychiatrie zu finden.

Der Weg führt von Galen durch die Araber; es ist das aber nur ein Umweg, denn was die Araber etwa an Lehre und Behandlungsart der Psychiatrie hinzugefügt haben, ist uns nicht zugute gekommen.

Durch den von den Arabern überlieferten Galenismus schleppt sich ziemlich unverändert die Lokalisationslehre des Poseidonius hindurch, wie sie z. B. die Abhandlungen der lauteren Brüder im 10. Jahrhundert enthalten: „Die Seele denkt mit dem Mittelhirn über die Dinge nach, stellt sich das sinnlich Wahrgenommene mit dem Vorderhirn vor und bewahrt die Wissensobjekte mit dem Hinterhirn." Diese Anschauungen finden sich auch bei den späteren arabischen Ärzten[2]). Auch bei Avicenna (Ibn Sina) 980—1037 wiederholt sich diese Grundlage psycho-pathologischer Betrachtungen; Anomalien des Vorderhirns bekunden sich durch Störungen des Wahrnehmungsvermögens (sei es, daß der Kranke halluziniert, sei es, daß er sich die Objekte nur ungenau vorzustellen vermag), Schwachsinn und Blödsinn beruhen auf Anomalien des mittleren, Gedächtnisstörung auf Anomalien des hinteren Hirnventrikels[3]). Auch Avicennas Ansichten über Phrenitis, Lethargus, Manie und Melancholie sowie seine Therapie zeigen deutlich ihre Herstammung aus der Schule Galens. Humane Behandlung haben die Araber aber zweifellos den Geisteskranken erwiesen, obwohl auch bei ihnen viel Aberglaube im Wege stand.

Im Abendlande ist Spanien eine Zeitlang ein Zentralpunkt gewesen, in dem sich die Wissenschaft und Literatur der Römer mit der vom Morgen-

---

1) Vgl. für diesen Abschnitt meinen „Grundriß einer Geschichte der deutschen Irrenpflege", besonders auch wegen der Quellen.

2) Vgl. Neuburger a. a. O., Bd. II, S. 163.

3) Bumm, Münchener medizinische Wochenschrift, 1898, und Neuburger e. l., S. 214—216.



lande durch die Araber überlieferten vereinigte[1]), aber auch dort ist wie sonst im Abendlande weder der Weg der Wissenschaft noch der der ärztlichen Kunst frei gewesen, weil religiöser Aberglauben mehr als je alles Denken und Handeln beherrschte. Bei den Naturvölkern war Heilung von Krankheiten meistens Dämonenversöhnung gewesen; die Krankheitsdämonen, welche die Menschheit quälen, wurden dann auch vom Christentum übernommen, und in der Person des Teufels war ihr Einfluß gerade bei den Besessenen am mächtigsten. Die Heilungsversuche blieben Sühnungen und sind daher, wie früher in den Händen heidnischer Priester, hierarchischen Zwecken nutzbar gemacht; auch heutzutage ist das Interesse der Kirche an den Geisteskranken teilweise ein ähnliches.

Welcher Art die Geistesstörung dieser Besessenen war, ist schwer zu bestimmen: man hat geglaubt, viele verwilderte Blödsinnige unter ihnen gefunden zu haben, man hat aber auch gesagt, daß Fälle unter ihnen waren, die nicht auf Krankheit, sondern nur auf Aberglauben beruhten, deren Zustand durch Erziehung und Anreizung künstlich gesteigert sei; es läßt sich darüber nichts entscheiden, doch wissen wir etwas mehr über die Art, wie in der ersten christlichen Kirche mit den Geisteskranken umgegangen wurde. In der Ordnung des Gottesdienstes, wie sie seit dem 3. Jahrhundert gebräuchlich war, nahmen die Besessenen[2]) oder Energumenen eine regelmäßige Stellung ein; zum Schluß kam das Gebet für die von unreinen Geistern Geplagten. Unter diesen waren oft Scharen von Besessenen, Epileptische usw. Sie hielten sich beständig in der Kirche auf, ein Gegenstand der Barmherzigkeitsübung für die Gemeinde; manche wurden zu leichten Diensten verwendet, wie zum Fegen des Kirchenpflasters. In jeder Kirche wurde für sie ein besonderer Exorzist bestellt, der damals auch noch ein Laie sein konnte; denn jeder Christ hatte die Macht, Teufel auszutreiben; er legte den Energumenen täglich die Hände auf. Wenn man aus diesem täglich wiederholten Verfahren nun auch wohl schließen darf, daß eine heilende Wirkung der Handauflegung regelmäßig nicht eintrat, auch nicht erwartet wurde, so wird man doch einen heilsamen psychischen Einfluß auf diese Verlassenen annehmen dürfen dadurch, daß ein angesehener Mann der Gemeinde sich ihnen täglich mit tröstlichem Zuspruch nahte.

Wir hätten also in diesen frühen Zeiten des Christentums ein schönes einwandfreies Beispiel psychischer Behandlung Geisteskranker.

Als aber religiöser Fanatismus sich dieser Idee der Teufelsaustreibung bemächtigte, wurde sie zu hierarchischen Zwecken ausgenutzt und traf nun Gesunde und Kranke mit vernichtendem Hauch. Das geschah erst langsam nach Verlauf mehrerer Jahrhunderte, als der Boden im sozialen Gebiet und auf dem der Rechtspflege dafür vorbereitet war. Denn wir begegnen hier und da sogar auch völlig entgegenstehenden Ansichten: Ende des 9. Jahrhunderts hat ein deutscher Abt des Klosters Prüm in Lothringen Vorschriftsmaßregeln erlassen, daß dämonische Vorstellungen nur als Einbildungen, psychische Stö-

---

[1]) Ullersperger, Die Geschichte der Psychologie und die Psychiatrik in Spanien. Würzburg, 1871, S. 23.

[2]) Nach Preuß: Nerven- und Geisteskrankheiten nach Bibel und Talmud (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1899, S. 125), hat die δαιμονιζόμενοι des Neuen Testaments zuerst der dänische Anatom Th. Bartholin (1662) als Geisteskranke bezeichnet.

rungen, Halluzinationen zu behandeln seien; wer solchen Blendwerken Realität beilege, kehre dem richtigen Glauben den Rücken. Ähnlich sprach sich der Canon Episcopi aus, ein Bestandteil des Corpus juris Canonici; Karl der Große setzte noch Todesstrafe auf Verbrennung von Zauberern, an welche, nach Sitte der Heiden, zu glauben, teuflische Verblendung sei. Als aber die Scholastik ihre Spekulationen zur Geltung brachte, trat auch in der christlichen Medizin die Ansicht des leibhaftigen Besessenseins wieder hervor. Ein ganzes System „über die Wirkung der Dämonen" schrieb Michael Psellus (gest. 1105); ein geisteskranker Halluzinant, der sich in der Einsamkeit von Geistern umringt sah, beschrieb ihm ihr Aussehen, Leben und Treiben. Auf Grund dieser Mitteilungen gab Psellus sein System in einer Synopsis der Aristotolischen Logik heraus; sie hatte auf die Ausartung der Dämonenlehre in dialektische Spitzfindigkeiten viel Einfluß und wurde eine der Grundlagen des Hexen- und Dämonenwesens am Ausgang des Mittelalters.

Das eigentliche sogenannte Hexenwesen ist zwar aus dem Dämonenwesen hervorgegangen; jedoch hat es seinen besonderen Charakter erst durch die Inquisition erhalten. Waren nun die Hexen und Zauberer geisteskrank? Oder etwa ein Teil von ihnen? Diese Frage ist sehr verschieden beantwortet worden. Sicher ist: zweifellose Geisteskranke befanden sich unter ihnen, wenn auch vielleicht in geringerer Zahl als man gedacht hat. Aber die Geschichten vom Sabbath, von Incuben und Succuben waren suggerierte Halluzinationen, die besonders auf nervös Veranlagte und Hysterische wirkten; die Zahl dieser Personen ist vielleicht überall da die größere geworden, wo das Hexenwesen einen größeren, fast epidemischen Charakter annahm. Besonders aber waren es die Angaben Geisteskranker und Hysterischer, welche der Ausbreitung der Plage Vorschub leisteten[1]).

Die große Ausbreitung der Hexenprozesse wurde sehr begünstigt durch eine Änderung des prozessualischen Beweisverfahrens, welche gegen Ende des 15. Jahrhunderts eintrat, und durch die Anwendung der Tortur. Daß während dieser Stuporöse und Hypnotische anscheinend übernatürliche Widerstandskräfte gezeigt haben, wird man vermuten müssen, wenn die Krankheitsform nach den Hexenprozeßakten auch nur selten sicher zu bestimmen ist; doch scheinen Fälle von Dementia senilis dem Fanatismus besonders leicht zum Opfer gefallen zu sein. Unter den Epileptischen wurden die mit religiösen Wahnideen Behafteten angeklagt. Verrückte mit Messiasideen kommen zuweilen vor; viele glaubten auch, den ihnen vorgeworfenen Verkehr mit dem Teufel wirklich ausgeführt zu haben. Auch Fieberkranke, deren Delirium die Anklage veranlaßte, wurden als Hexen verbrannt. Dadurch, daß Geisteskranke in der Rolle der Angeber ihre Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen ebenso guten Glaubens beschworen, wie das heute noch von ähnlichen Kranken geschieht, wurde das Gewicht der Anklage natürlich sehr erhöht; groß scheint die Zahl dieser Fälle aber doch nicht gewesen zu sein; ebenso nicht die der Maniakalischen und Melancholischen. Vermutlich werden auch Kranke mit perversen Sexual-

---

[1]) Vgl. auch Bernheim: Neue Studien über Hypnotismus, 1892, S. 9, und Snells Arbeiten; ferner Mönkemöller a. a. O., ad 1, S. 11, wo er von einer transitorischen artifiziellen Psychose spricht, und ad 2, S. 59.



empfindungen angeklagt sein, da ja geschlechtliche Vorfälle unter den Anklagen eine so große Rolle spielten. In größerer Zahl haben aber sicher Hysterische — seien es Angeklagte oder Ankläger — das Heer der Zauberer und Hexen vermehrt; dadurch erklärt sich auch das Überwiegen des weiblichen Geschlechtes unter ihnen. Das proteusartige Bild der Hysterie läßt ja auch sonst die Neigung erkennen, alle Symptome im Bereich der Psyche weiter auszubreiten. Sicher ist es auch, daß die Tortur[1]), bei der die Frauen sich ganz entkleiden mußten, das Schamgefühl so erregte, daß in seiner Äußerung neue Gründe zur Folterung gefunden wurden. Überhaupt war die Beurteilung sowohl hierbei eine schiefe wie auch die Erkennung von Geisteskranken und ihren Grenzzuständen bei Richtern, Laien und Ärzten eine sehr ungenügende; oft waren die Gefolterten auf den psychiatrischen Scharfblick des folternden Scharfrichters angewiesen; dieser setzte den Gefolterten vorschriftsmäßig auch wohl die sogenannte Birne auf den Mund, welche Worte und Mienenspiel völlig unterdrückte oder verwischte. Es ist ein solches Verfahren bei Personen, die entweder als Geisteskranke oder Sonderlinge auffielen, gewiß oft angewandt: jedes eigentümliche, sonderbare Wesen und Gebaren konnte geradezu auf die Folterbank führen. In der zweiten Hälfte des Mittelalters war noch dazu durch Kriege und Seuchen eine dumpfe Aufgeregtheit des Gemüts- und Phantasielebens allgemein und machte besonders weibliche Gemüter empfänglich; dies gilt nicht nur für Deutschland, sondern auch für die anderen Kulturländer Europas, das gesamte christliche Abendland.

Es kann hier nicht die Aufgabe sein, den Beziehungen zwischen Hexenwesen und Psychiatrie weiter nachzugehen[2]); dieselben reichen auch weit über das Mittelalter hinaus noch bis in das letzte Jahrhundert der Neuzeit hinein. Nachdem die Orgien der Hexenverbrennungen im 16. und 17. Jahrhundert wohl erst ihren Höhepunkt erreicht hatten, haben die klareren und humaneren Lebensanschauungen, welche auch unter den Ärzten vordrangen, doch noch lange unter mystischen Spekulationen gelitten, wie die späteren Lehren Stahls und Heinroths zeigen. Ja, noch im vorigen Jahrhundert sind protestantische und katholische Schriften erschienen, die in Verbindung mit dem alten Hexenglauben naturgemäß zur Verbrennung von Geisteskranken zurückführen müßten; zum Glück stehen diesen Theorien aber keine Folterwerkzeuge mehr zur Verfügung.

Wenn vielleicht auch nicht in allen Punkten gesichert, enthält Bernheims[3]) Ansicht, daß die Suggestivtherapie dem Hexenwesen zugrunde lag, doch viel Wahres. Überhaupt war die Bedeutung und der Einfluß der Suggestion auf die Massen im Mittelalter viel größer als heutzutage; wir erleben wohl einmal das Aufflackern größerer spiritistischer und mystischer Vorstellungskreise, aber doch mehr im Verborgenen. Solche fast epidemisch verbreitete Massenwirkungen, wie sie sich damals in den Flagellanten, der Tanzplage, den Kinderkreuzzügen zeigten, kennen wir nicht; denn selbst die Springprozessionen und Methodistenfeste sind keine impulsiven pathologischen Hand-

[1]) Vgl. Mönkemöller, Tortur und Geisteskrankheit.

[2]) Vgl. m. Grundriß der Geschichte der deutschen Irrenpflege, S. 44 ff.

[3]) A. a. O., S. 15.

lungen, sondern werden künstlich wachgerufen und daher auch leichter beschränkt. Die Geißler aber waren unaufhaltsam, gewiß besonders auch deshalb, weil sich unter ihnen viele Geisteskranke und Nervöse befanden; so liegt es nahe anzunehmen, daß psychisch Perverse (Masochisten usw.) unter ihnen waren[1]); Hysterische hat man zweifellos unter ihnen erkannt[2]), überhaupt fand man schon damals in dem Gebaren Mancher den grundlegenden „Wahnwitz" heraus.

Vielleicht ist ein Teil der Geisteskranken und Besessenen im Mittelalter vor schwererer Erkrankung dadurch gewissermaßen bewahrt geblieben, daß die vielen Wallfahrten und Prozessionen, das freiwillige Geißeln und Martern, die vielen Brüderschaften mit ihren Festen und Arbeiten sie beschäftigten und die kranken Vorstellungen in andere Wege leiteten. Willig folgten sie den Befehlen ihrer Seelsorger, wallfahrteten nach Spanien und Jerusalem. Diese Pilger wanderten zu Fuß und waren lange unterwegs, so daß sie mehr Erfolg hatten wie Moehsen[3]) meint, als die zu seiner Zeit mit ähnlichen nervösen Beschwerden bequem in den Bädern weilenden Patienten. Andere werden unter die Kreuzfahrer gegangen sein. Wahrscheinlich haben die Klöster in ihren Mauern auch für die erkrankten Mönche und Nonnen gesorgt; wie, entzieht sich im allgemeinen unserer Kenntnis. Ende des 13. Jahrhunderts haben die Alexianer ihr Kloster in Köln der Pflege Geisteskranker geöffnet. Anderswo sollen sie bei strenger Klausur und anhaltendem Fasten verschmachtet oder in scheußlichen Kerkern geradezu eingemauert gewesen sein.

Seit dem 12. Jahrhundert finden sich im südlichen Deutschland — erst später im Norden — Xenodochien in größerer Zahl unter dem Namen des heiligen Geistes, zuweilen auch St. Georgs und St. Jürgens. Es wird ausdrücklich berichtet, daß die in ihnen aufgenommenen phrenetici manche Störungen für die anderen Kranken verursachten. In Eßlingen wurden Ende des Mittelalters auf Kosten des Hospitals „Unsinnige" unterhalten, also doch wohl außerhalb der eigentlichen Krankenräume; nach Baas[4]) schrieb im Jahre 1504 die Stadt Pforzheim an Eßlingen, ob sie dessen Räumlichbeiten für derartige Irre besichtigen lassen dürfe, da sie selbst einige solche Gemächer bauen wolle. Überall begegnen wir im deutschen Mittelalter immer wieder der Tatsache, daß da, wo Geisteskranke mit Krankenhäusern in Berührung kamen, ihnen wenigstens schonende Behandlung zuteil wurde, wenn auch keine eigentlich ärztliche. So berichtet auch Baas: Für derartige Leute hatte man etwa eine Narrenstube, die der Narrenmagd oder -mutter unterstand; gern sah man aber diese Kranken wohl nicht, da sie doch manche Störung für die anderen Insassen veranlassen mochten. Auch in Köln hatte man schon Ende des 12. Jahrhunderts einen Irrenmeister[5]).

---

[1]) Vgl. v. Krafft-Ebing: „Neue Forschungen auf dem Gebiet der Psychopathia sexualis", 1890, S. 37.

[2]) Witkowski, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Bd. 35, S. 596.

[3]) Geschichte der Wissenschaften in der Mark Brandenburg. Berlin und Leipzig, 1781, S. 503.

[4]) Baas a. a. O., S. 43 und 44.

[5]) Vgl. Neuburger, Bd. II, 1. Hälfte, S. 327.



Vielleicht war die Zahl der Geisteskranken im Mittelalter überhaupt keine so sehr große; Zahl und Art der Berichte sind aber vielfach ungenügend, betreffen auch oft nur einzelne vornehme Personen. Manche verschwanden der damaligen Beobachtung unter Verbrechern und sittlich Entarteten. Hysterische galten überhaupt nicht für geisteskrank. Einzelne Hofnarren mögen verkappte Paranoiker gewesen sein, wie man sie früher hier und da auch noch in den älteren Irrenanstalten fand. Es wurde gefährlicher für unsere Kranken, wenn sie mit den Gesetzen zusammenstießen; in Basel ließ man im 14. Jahrhundert Tobsüchtige vom Scharfrichter auspeitschen. Gewiß hatte die öffentliche Sicherheit oft durch gewalttätige und störende Kranke zu leiden. Man half sich dann oft so leicht wie möglich, indem man lästige Kranke über die Grenze brachte; aus zahlreichen deutschen Städten liegen über dieses Verfahren Berichte vor. Vielleicht wurden Kranke zuweilen auch in ihre Heimat zurückgebracht. In vielen Städten wurden den Kranken am Ausgang des Mittelalters Vormünder bestellt, die für ihre sichere Unterbringung zu sorgen hatten; oder auch die Angehörigen wurden dazu von den Behörden verpflichtet. Erst wenn jene es nicht taten, trat die Behörde ein, aber die Kosten fielen in der Regel den Angehörigen zu. Lange galt es als eine besondere Vergünstigung, die Kranken in Türmen der Stadtmauer unterbringen zu dürfen; oder sie verkamen in Löchern oder Gefängnissen unter den Rathäusern in Schmutz und Elend. Die wachsende Zahl der Geisteskranken führte 1460 dazu, in Nürnberg einige Gebäude ausdrücklich nur zu ihrer Unterbringung einzurichten; dies „Narrenhäuslein" erfuhr aber keine weitere Verbesserung und verscholl bald ganz. An anderen Orten finden wir in Spitälern höchstens einige Räume so eingerichtet, daß unruhige Kranke dort im Notfall an Ketten aufbewahrt werden konnten. Ruhige erhielten hier und da Pfründnerstellen, im allgemeinen war aber die Unschädlichmachung der Zweck des Verfahrens mit den Kranken. Wo die Verhältnisse es gestatteten, mußte die Familie ihre irrsinnigen Angehörigen sogar bei sich gefangen halten. Dies war nicht so schwierig, als man wohl denken möchte, da fast jedes Zimmer dazu geeignet war und man eines Gefangenenwärters nicht bedurfte; denn es gab transportable Gefängnisse, die sogenannten Stocke, die man in jedem Zimmer aufschlagen konnte. Außerdem hatten hier und da einige Bürger in ihren Häusern Zimmer mit solchen Stocken eingerichtet, welche vermietet wurden; bei deren Gebrauch mußte man dann freilich einen besonderen Wärter halten. In Frankfurt am Main durfte solche Einsperrung sowie das Anlegen von Fesseln nicht ohne besondere eingeholte Erlaubnis stattfinden.

Im nördlichen Deutschland findet man zu derselben Zeit fast nur Einzelbehälter in Kellern oder Torenkisten auf den Stadttoren[1]); dies waren alleinstehende Bretterverschläge mit Ziegeln bedeckt und mit Eisenwerk versehen; trotzdem brachen Kranke zuweilen aus ihnen aus. Wie es in diesen trostlosen Behältern mit Reinlichkeit und Erwärmung gestanden haben mag, kann man sich denken; häufig waren in ihnen auch noch Fußblöcke angebracht zum Anschmieden mit Ketten u. dgl. Von diesen Einrichtungen rührt die noch heutzutage im Norden übliche Redensart: „Das ist ein Stück aus der Tollkiste."

[1]) Vgl. Breigans, Die Wohlfahrtspflege der Stadt Aachen in den letzten Jahrhunderten des Mittelalters. Inaug.-Diss., 1909, S. 18.

Der Gedanke an das Austreiben der bösen Geister, die kirchliche Auffassung des Besessenseins blieb noch lange alleinherrschend. Daher gab es auch für einen geisteskranken Verbrecher keine Unzurechnungsfähigkeit, sondern nur eigenes Verschulden. Laienärzte, die ein besseres Verständnis hätten gewinnen können, gab es damals überhaupt nur in geringer Zahl. Eine Ausnahme ist es, wenn die Alexianer, von rein humaner Absicht geleitet, Geisteskranke bewachten und bedienten, sie vielfach auch in ihre Häuser aufnahmen[1]). Breigans[2]) nimmt dies für Aachen an. Eigentliche Irrenanstalten haben also im Mittelalter in Deutschland gefehlt; ob die von Alberdingk[3]) für das Jahr 1431 zu Mons in Belgien erwähnte Irrenanstalt unter ärztlicher Aufsicht stand, ist unsicher. Erst der Übergang der Armen- und Krankenpflege von der geistlichen auf die weltliche Verwaltung, die sich in den deutschen Städten langsam seit dem 13. Jahrhundert vollzog, brachte auch in diesen Dingen Besserung.

Bezeichnend für die Auffassung jener Zeit, in der Besessensein, psychische und körperliche Krankheit und Torheit überhaupt Begriffe waren, die noch mehr als heutzutage ineinander verflossen, war das sogenannte „Narrenschneiden"; dies geschah namentlich am Kopfe, um allerhand „Narren" daraus zu entfernen. In Bild und Wort wurde später darüber viel gespottet[4]), aber zugrunde lag doch der Glaube an die Möglichkeit, auf diesem Wege Laster und Krankheiten zu beseitigen; der Gedanke des Besessenseins wirkte auch bei diesen Vorgängen noch immer weiter.

Im wesentlichen steht das ganze Mittelalter hindurch die Psychiatrie in Deutschland — und ähnlich war es überall — unter dem Bann der religiösen Auffassung; die wissenschaftliche Seite lag fast gänzlich brach, und die Behandlung der Kranken war fast nur Irrenpflege, noch nicht von dem Streben geleitet, Kranke auch zu behandeln.

---

[1]) Alberdingk-Thijm, Geschichte der Wohltätigkeitsanstalten in Belgien von Karl dem Großen bis zum 16. Jahrhundert. Freiburg. i. Br., 1887, S. 196

[2]) Breigans, a. a. O., S. 14.

[3]) A. a. O., S. 86.

[4]) Eugen Holländer, a. a. O.. S. 206 ff.

# Neuzeit[1].

Die Quellen fließen reichlicher in allen Ländern. Nicht Mangel, sondern Fülle von Stoff wird dem Berichterstatter zum Hindernis. Es müssen daher Gesichtspunkte ausgesucht werden, die nur den Blick auf das Wesentliche richten.

Das Überwuchern des mittelalterlichen Dämonen- und Hexenwesens in die ersten Jahrhunderte der Neuzeit hinein ist schon früher erörtert; der große Mann, der seiner Zeit die Richtung gab, unser gewaltiger Luther, hat zweifellos zur größeren Ausbreitung des Dämonismus nach dem Zeitalter der Reformation beigetragen, indem er mit Augustin lehrte, daß der Mensch, der keine Buße tue, eine Beute des Teufels sei[2]). Nirgends eiferte er gegen den Hexenglauben, er selbst hat in seinen Anfechtungen mancherlei erlebt, was den Glauben an die dämonischen Einflüsse in ihm befestigte. Weder die alten noch die neuen kirchlichen Ansichten brachten die Befreiung von diesem Aberglauben; es war aber auch noch ein langer Weg durch das Gestrüpp mittelalterlicher Wissenschaft und modernen Mystizismus nötig, ehe die Ärzte dazu kamen, ihre Ansichten zu klären, und ehe der neue Gedanke einer Pflicht der Fürsorge Allgemeingut aller humaner denkenden Kreise wurde.

Es würde zu weit führen, die Entwicklung der Psychiatrie in allen Einzelheiten zu verfolgen[3]); es seien daher auch hier nur einzelne hervorragende Männer als Typen etwas näher ins Auge gefaßt.

Paracelsus (gest. 1541), der erste deutsch schreibende Arzt, hatte sich die Aufgabe gestellt, den Galenismus und Arabismus vollständig zu stürzen[4]) und wieder durch die Lehren der hippokratischen Schule zu ersetzen auf dem Boden des Neuplatonismus; dieser war aber zur Mystik entartet und deshalb im Kampf gegen die scholastischen Spekulationen nicht immer sehr wirkungsvoll. Paracelsus bekämpfte aber im allgemeinen den Glauben an Dämonen und Hexen in der Pathologie[5]); man werde es noch einsehen, daß die meisten der Wirkungen des Teufels von natürlichen Kräften abhängen. Obwohl seine

---

[1]) Die hier nicht angeführte Literatur suche in meinem „Grundriß einer Geschichte der deutschen Irrenpflege".

[2]) Vgl. u. a. Roskoff, Der Aberglaube des Mittelalters. Breslau, 1858, S. 80 ff.

[3]) Vgl. hierfür auch Kornfelds sorgfältige Arbeit a. a. O.

[4]) Hirsch a. a. O., S. 48 ff.

[5]) Neuburger in Neuburger und Pagel a. a. O., Bd. II, S. 40 ff.

wissenschaftlichen Bestrebungen von der Bedeutung waren, daß manche seiner Ideen, u. a. über die Erblichkeit, noch im 19. Jahrhundert zur Geltung kamen, so ist doch seine auffallende Nichtachtung der Anatomie auch der Ausbildung seiner psychiatrischen Ansichten im Wege gewesen; denn selbst die so bedeutende Vorstellung des Lebens als einer von innen heraus wirkenden, schaffenden und sich stetig entwickelnden Kraft, verliert ihren Wert neben den von aller Anatomie absehenden Ansichten über die drei Zusammenhänge des menschlichen Leibes und Geistes mit der Außenwelt: der sichtbare Leib verbinde ihn mit den Elementen, sein siderischer oder Astralleib mit den Gestirnen, endlich die Vernunft mit Gott[1]).

Trotz mancher früheren abweichenden Auffassungen[2]) muß Paracelsus, wie schon vorhin erwähnt, den Besessenheitswahn doch bis zu einem gewissen Grade bekämpft haben; er sagt ausdrücklich, Besessene — seien nicht Krankheiten, sondern andere Zufälle; echte Krankheit sei aber die Tobsucht. Wenn hier und da auch unklarere Ansichten von ihm entwickelt werden, so ist folgender Ausspruch wieder von zweifelloser Bedeutung: „Der Erfahrene lehre nit Teufel beschwören, sondern Unsinnige zu heilen.“ Die Art, wie Paracelsus die Geisteskranken behandelt wissen will, ist nun eine zwiefache: chirurgisch oder physisch, äußerlich oder innerlich, wie wir wohl sagen würden. Als äußere Mittel rät er an, alle Extremitäten zu öffnen an Zehen, Fingern und Haupt, und zwar entweder durch blasenziehende und Ätzmittel oder durch Instrumente. Die innerliche Behandlung besteht in abführenden, koagulierenden und stillenden Mitteln aus der Quinta Essentia. Er rät, konsequent Apertive zu machen und den Humor destillatus herauszulassen. Milde Methoden macht er gelegentlich lächerlich. Aderlässe empfiehlt er.

Proksch sagt: „Ein Ehrenplatz gebührt ihm durch den Hauptgrundsatz: Die Narren sind Kranke und unsere Brüder; behandelt sie danach; wir wissen nicht, wen von uns oder unsern Angehörigen das gleiche Schicksal trifft.“

Schlaf hielt Paracelsus für ein wichtiges Erfordernis zur Heilung; auch gab er Vorschriften zu einer Art psychischer Behandlung, die sich freilich zu unserer Zeit keiner besonderen Anerkennung mehr erfreut. Er rät: den Kranken in seinem tierischen Verstand abzuführen, ihn ihm zu erklären, ihn zu unterrichten; wenn er neben seinem unsinnigen Wege noch einen vernünftigen habe, diesen fürzunehmen und ihm vorzuhalten, mit dieser seiner übrigbleibenden Vernunft ihm das Hirn zu spalten und ihm das seiner Unsinnigkeit Gemäße zu sagen. Dies rät er auch so früh als möglich anzufangen, weil sie dann noch zart sind, wie ein Mark und leichter zu bewegen und zu bekehren. Später erhärten sie mehr und mehr, und ist hart zu haben. Neben solchen von guter Beobachtung zeugenden Ratschlägen berührt es uns aber doppelt häßlich, wenn Paracelsus für den Fall, daß alles nicht helfe, sagt: „Dann wirf ihn in die äußerste Finsternis, damit er durch die Kraft seiner Viehgeister nicht die ganze Stadt, sein Haus, sein Land mitverführe.“ Der Aberglaube der Zeit mit seinem Dämonenwesen erdrückt hier auch bei ihm die bessere Einsicht und mit ihr

---

[1]) Dessoir a. a. O., S. 21.

[2]) Vgl. m. Grundriß der Geschichte der deutschen Irrenpflege, S. 52, und Proksch, a. a. O., S. 39 ff. und S. 82.



den Gedanken an eine Pflege der unheilbaren Geisteskranken. Daher fällt auch bei diesen letzten verzweifelten Fällen für ihn wenigstens in der Behandlung der Unterschied zwischen Besessenen und Kranken wieder fort; Exorzismen, Beten und Fasten sind die einzigen Mittel.

Aber noch strenger waren die Anhänger des Paracelsus in manchen ihrer Lehren. Ad. v. Bodenstein ließ bei der chirurgischen Kur der Manie die Haut öffnen, wodurch die Manie entsteigen solle, und zwar in zweifelhaften Fällen an allen Extremitäten, Zehen, Fingern und auf dem Kopfe. Kanthariden, Sublimat, Aq. Cortis und selbst Arsenik wurden dazu empfohlen; der Kopf solle aber zuletzt aufgezogen werden. Choreatische will er an einem finsteren Orte einsperren und hungern lassen.

So steht Paracelsus an der Grenze des Mittelalters in der Neuzeit, ein genialer Arzt und Empiriker, bestrebt aus den überlieferten, vielfach veralteten Lehren der Vergangenheit mit Hilfe seiner aus der Erfahrung und unbefangenem Denken gewonnenen Einsicht neue Grundsätze der Behandlung auch der Geisteskranken einzuführen; aber vielfach bleibt er festhängen in den Anschauungen des dämonischen Zeitalters und erreicht sein Ziel nur halb.

Vereinzelt begegnen wir jetzt psychologischen Anschauungen, die nur auf eine gute anatomische Kenntnis des menschlichen Körpers zu warten schienen, um fruchtbar zu werden. In einem 1515 zu Straßburg gedruckten Werk: Margarita philosophica nova[1]), vermutlich von einem Autor Reischus, heißt es: „Der Seele einen bestimmten Sitz in irgend einem einzelnen Teile des Körpers anweisen, heißt sie für materiell erklären. Sie ist im ganzen Körper, und ganz in jedem Teile, nicht kleiner im kleinen und größer im großen. Doch ist sie mit einigen Teilen enger verbunden als mit anderen. Sie ist auch überall gleich vollkommen, sogar im Blödsinnigen; der Unterschied liegt nur in größerer oder geringerer Vollkommenheit des körperlichen Organs. Wird ein Glied abgeschnitten, so wird nicht ein Teil der Seele mit entfernt, sondern sie hört auf, den abgeschnittenen Teil zu beleben." Es verging aber noch fast ein Jahrhundert bis zur wirksameren Einführung der Anatomie in die Psychiatrie, für die wir in Felix Plater einen Repräsentanten schildern werden. Auch Vesals Ansichten über das Zentralnervensystem waren nach Boruttau[2]) „recht vernünftig".

Zunächst haben wir noch die Zeit vor uns, in der das Hexenwesen zu bekämpfen war; wir finden in diesem Kampfe als den bedeutendsten Vertreter der Ärzte seiner Zeit:

Weyer (gest. 1588). Auch er hat freilich den letzten Schritt, „die Gaukeleien des Satans" aus geistiger Krankheit zu erklären, nicht gewagt. Er bemühte sich nur, die Annahme der Zauberei auf seltene Fälle zu beschränken. Trotzdem wirkte er bahnbrechend, und seine Sätze stehen nur der Form nach auf dem Boden des Aberglaubens seiner Zeit, sind aber diktiert von dem Geiste des Humanismus und des Zweifels am Besessenheitswahn. In der Vorrede zu seiner weit verbreiteten, in sechster Auflage erscheinenden Schrift: De praestigiis

[1]) Vgl. Diez, Die Psychologie beim Anfange des 16. Jahrhunderts, in „Blätter für Psychiatrie" herausgegeben von I. B. Friedreich und G. Blumröder, 1837, S. 11.

[2]) Vgl. Neuburger und Pagel, Bd. II, S. 345.

daemonum (1561) spricht er von kindisch gewordenen alten Weibern, welche man Hexen oder Zauberinnen nennt. Diese ausdrückliche Angabe, daß es sich bei den Hexen meistens um alte Weiber handle, findet sich mehrfach bei Weyer. Später bezeichnet er als den medizinischen Teil seines Gegenstandes den Nachweis, daß die Krankheiten, deren Entstehung man den Hexen zuschreibt, aus natürlichen Ursachen entspringen. Die Hexen, wie von Melancholie geplagt, bilden sich nur ein, allerlei Übel erregt zu haben. Im Buch: De Lamiis handelt ein Kapitel über die verrückte Phantasie Melancholischer; nachher heißt es: Die Hexen haben keinen anderen Lehrmeister als ihre eigene Phantasie; lächerlich ist der Glaube, sie könnten Schaden stiften. Die Hexen seien melancholisch, ihrer Sinne nicht mächtig, verzagt, ohne rechtes Gottvertrauen, und deshalb verstört der Satan ihre Seele durch allerlei Gaukeleien und verblendet sie so, daß sie meinen, allerlei für sie ganz Unmögliches getan zu haben. Er berichtet über die Behandlung der Besessenen und kommt dann zu seiner eigenen Methode, wie man die angeblich Behexten kurieren solle. Zeigt sich am Menschen etwas Ungewöhnliches, Unnatürliches, so bringe man ihn zum Arzt. Findet er, daß hierbei der Teufel im Spiel ist, so soll er ihn einem verständigen und frommen Geistlichen oder sonstigem Diener der Kirche übergeben. Wir sehen, wie schwer, ja unmöglich es damals war, sich ganz frei zu machen von den religiösen Fesseln des Aberglaubens, denn Weyer hat das nicht nur so gesagt, um es nicht mit der Geistlichkeit zu verderben; er selbst war ein gläubiger Mensch. Aber — fährt er fort — der Arzt soll ihm trotzdem auch seine Sorgfalt zuwenden, denn die Anfechtung ist meistens körperlich und geistig zugleich. Auf die körperliche Behandlung legt er den Hauptwert; wiederholt empfiehlt er, zur Untersuchung eines Falles von Behexerei einen tüchtigen Arzt hinzuzuziehen, der untersuchen möge, ob es sich nicht um Geistesverwirrung handle; diese sei durch körperliche Pflege zu heilen. Den Ärzten und Wundärzten warf er vor, daß sie über die Zustände dieser Unglücklichen wie der Blinde über die Farben urteilten.

Also auch hier wieder ein Mann, der gegen den Aberglauben aus vollster Überzeugung mit allen Waffen ankämpft, klar ist in seinen Anschauungen, aber durch seine Widersacher hin und her geworfen wird in einem unruhigen Leben voller feindlicher Einflüsse; hier Erfolge sehend, oft in nächster Umgebung schwere Rückstürze erlebend; aber er hat den Samen für die Zukunft ausgestreut und zweifellos viel zu der späteren endlichen Unterdrückung des Hexenwesens beigetragen.

Nur langsam brach sich die Aufklärung weitere Bahnen. Schwalbe[1]) hebt hervor, daß gerade zur Zeit des Humanismus, der Reformation und der großen naturwissenschaftlichen Entdeckungen der Hexenprozeß in höchster Blüte stand. Nicht das Mittelalter sei die Zeit der Hexenprozesse, sondern das 16. und 17. Jahrhundert, die Zeit der Reaktion gegen die Reformation und der Erstarrung des Luthertums. Katholizismus und Protestantismus haben durch ihre Pflege des Dämonenwesens die Behandlung und richtige Erkenntnis der Geisteskrankheiten bis in die neueste Zeit erschwert. Luthers Schriften beweisen, wie fest in ihm der Teufelsglaube und die Vorstellung des

[1]) Vorlesungen über Geschichte der Medizin. 2. Auflage, 1909, S. 81.



Besessenseins wurzelten; bei seinem gewaltigen Einfluß ward daher auch überall im protestantischen Norden die richtigere Anschauung noch lange zurückgedrängt.

Auch Hase[1]) führt aus, daß der Hexenprozeß im 17. Jahrhundert in feuriger Blüte stand, in katholischen Ländern diente er statt der Inquisition, und in Deutschland seien damals mindestens ebensoviel Hexen verbrannt worden, wie in Spanien Ketzer hingerichtet. „Die lutherische Kirche, wohl aufgeregt durch Luthers poetische Anschauung von der Macht des Teufels, ist dann dem katholischen Verfahren eifrig gefolgt. Das ist die oft vergessene Kehrseite der damaligen Orthodoxie. Auch wahnsinnige Reden wurden als Gotteslästerung gestraft. So in Königsberg 1636 ein Mann, der sich für Gott-Vater hielt: die Engel hätten ihm gehuldigt, der Teufel und der Sohn Gottes hätten seine Gewalt anerkannt. Er ist verurteilt worden: seine Zunge wurde ihm ausgerissen, er selbst enthauptet und unter dem Galgen verbrannt. Bei der Verkündigung des Urteils weinte er, nicht um sein Geschick, sondern daß die Welt so böse sei, Gott den Vater selbst umzubringen.“ Dieser deutlichen Schilderung eines Geisteskranken schickte Hase kurz vorher in einem Abschnitt über deutsche Orthodoxie eine treffende Beschreibung voraus über das Leben Johann Friedrichs VI. aus dem sächsisch-ernestinischen Hause, der noch am Dreißigjährigen Krieg teilgenommen hatte. Man glaubte im Volk, er habe ein Bündnis mit dem Teufel geschlossen. Die Priester in Weimar und ein Familienrat veranlaßten seine Unterbringung in einem besonderen Gefängnis: hier wurde der kranke Fürst früh und spät von Geistlichen belehrt, um ihn von seinen zauberischen Grundsätzen zurückzuschrecken und zur reinen Augsburgischen Konfession zurückzubringen; mit dem Gebetbuch warf er nach den Priestern. Endlich erlangte man von ihm ein Geständnis, er habe sich dem Teufel mit seinem Blut verschrieben; am nächsten Tage ward er tot gefunden; offenbar endete der Gequälte durch Selbstmord. Hase sagt dann: „Wäre er nicht regierender Fürst gewesen, er würde als Zauberer verbrannt worden sein.“

Zum Glück sind neuere Versuche zur Wiederbelebung des Hexenglaubens nur Theorien geblieben. Gelänge es, solche Anschauungen zur Geltung zu bringen, so ist es leider nur zu wahrscheinlich, daß überall, namentlich auf dem Lande, Hexenmeister und Zauberer in großer Zahl auftreten und ihre Opfer unter den unglücklichen Geisteskranken rasch suchen und finden würden. Die Vorstellung, daß den Kranken Gedanken „gemacht“ werden, daß man einem anderen Neigungen und Leidenschaften durch Zauberei und ähnliches einflößen könne, sind ja noch jetzt weit im Volke verbreitete Meinungen. Wenn es nun auch in den Augen der Ärzte zurzeit keine Besessene mehr gibt, so bleibt es doch unsere Aufgabe, jene Ansichten überall zu bekämpfen, um zu hindern, daß sie durch dogmatische Wiederbelebung wieder Ansehen und Geltung gewinnen. Dies gilt nicht allein für Deutschland, sondern die Geschichte zeigt, daß überall in Europa, ja ebenso im neuen Weltteil gleiche Anschauungen immer wieder von neuem auftauchen und zuweilen auch ihre Opfer unter den Irren fanden. Manche Kranke sind früher und jetzt auch zu finden im Kreise schwärmerischer Sekten.

Als ein drittes Beispiel der zahlreichen Ärzte, die im Beginn der Neuzeit den schweren Kampf gegen den Aberglauben führten, sei noch Felix Plater

[1]) Karl v. Hase, Kirchengeschichte Bd. III, 2, 1. Hälfte, S. 8 ff.

(gest. 1614) besprochen. Er hat sich sowohl für die normale wie für die pathologische Anatomie interessiert, und wir finden in seinen psychiatrischen Anschauungen entschiedene Fortschritte; trotzdem gelang es auch ihm noch nicht, sich ganz offen und frei dem Hexenwahn gegenüber zu stellen, mehrfach meint man in seinen Schriften doch durchzufühlen, daß er nur dem herrschenden Zeitgeist zuliebe seinen Glauben an Besessenheit einräumt. Bei jeder Gelegenheit wiederholt er, daß er absichtlich die Beschreibung und Behandlung der dämonischen Krankheiten unterlasse, tatsächlich berichtet er fast nur von nicht dämonischen und meldet nur, wie er diese behandelt wissen will. Er läßt übernatürliche Ursachen eine große Rolle spielen, um ihre Folgezustände aus der Behandlung des Arztes auszuschalten; indem er so stillschweigend vor dem herrschenden Aberglauben zurückwich, konnte er um so bestimmter seine sonstigen Beobachtungen und Heilmethoden entwickeln. Seine Praxis medica, welche eine große Zahl von Auflagen erlebte — die erste 1610, die letzte 1736 — begründete eine neue Epoche in der Geschichte der Medizin durch die darin aufgestellte Klassifikation der Krankheiten; in ihr stehen auch die Geisteskrankheiten. Auch in seinen Observationes werden zahlreiche geistige Störungen geschildert. Außer übermäßig erregten Leidenschaften gibt er als Ursache körperliche Krankheitsverhältnisse an; da er, wie erwähnt, fast gar nicht von Besessenen redet, sondern fast nur von natürlich bedingten Geisteskrankheiten, so ist auch seine Behandlung vorzugsweise eine körperliche und arzneiliche. Wahrscheinlich ist es auch, daß er eine freundlich humane Behandlung bevorzugte, Zwangsmaßregeln vermied, aber eine geradezu psychische Methode kann ich aus seinen Angaben nicht erkennen. Einen hohen Standpunkt verrät es, daß er in der Prognose eine der Therapie gleichwertige Aufgabe des Arztes sah. Im Gehirn erkannte er den Sitz der Störungen der Bewegungen und des Gefühls. Er gab zu, daß Veränderungen im Gehirn und seinen Häuten, die man bei der Sektion fand, im Leben oft nur deshalb zu vermuten seien, weil andere Ursachen fehlten; die Beteiligung des Gehirns ist ihm aber zweifellos, sei es nun auf direkte oder reflektorische Weise. Daher ruhte auch seine ausgedehnte Anwendung des Aderlasses auf anatomischem Boden; er gab genaue Vorschriften über seine örtliche Anwendung. Eindringlich empfahl er Schlafmittel, auch Abführmittel; die Empfehlung von Bädern und einer Art Massage überrascht uns.

Von speziellem Interesse ist es, daß weder Plater noch seine Zeitgenossen Fälle beschreiben, die man für Dementia paralytica halten müßte. Dies ist um so wichtiger, als diese Krankheit (siehe oben S. 13) schon im Altertum vorgekommen zu sein scheint, wenn auch nicht als einheitliches Bild erkannt. Gewiß haben die besten Ärzte im Beginn der Neuzeit nicht schlechter beobachtet als jene im Altertum; doch sie erkannten die Paralyse nicht und die erste sichere Spur einer Kenntnis findet sich erst bei Willis in seiner „Anima brutorum" Amstelodanum 1672, Kap. IX, S. 280[1]); jedenfalls erst zwei Jahrhunderte nach Einschleppung der Syphilis in Europa[2]).

---

[1]) Vgl. Obersteiner a. a. O., S. 3 und 105.

[2]) Vgl. auch meinen Artikel: „Ist Paralyse eine moderne Krankheit?" in Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 68, 1911, S. 125—152 und Mönkemöller a. a. O.

* * *



Ein volles Jahrhundert der Neuzeit, das 16., sahen wir zwar von Kampf für die Geisteskranken erfüllt, aber seine Erfolge blieben viel späteren Zeiten vorbehalten. Ehe die Pflicht der Fürsorge anerkannt wurde, und ehe die Wissenschaft die nötige Höhe erreichte, die sie befähigte, die Krankheiten gut zu erkennen, zu unterscheiden und zu behandeln, vergingen noch über zwei Jahrhunderte, das 17. und 18., ja auch im 19. blieb es noch lange so. Diese ganze lange Zwischenzeit ist für die Forschung in der Geschichte der Psychiatrie fast ganz ausgefüllt durch die Untersuchungen über das äußere Los der unglücklichen Geisteskranken, das in mancher Beziehung ein trostloses war. Wenn man irgend konnte, suchte man sich — kurz gesagt — der Geisteskranken zu entledigen. Dieser Satz gilt mit wenigen rühmlichen Ausnahmen; so erfuhren wir schon oben von Eßlingen (1544), daß man im dortigen Hospital einige wohlgeordnete und gebaute Gemächer für Irrsinnige besaß. Wie wir später sehen werden, sorgten auch Braunschweig, Würzburg u. a. m. besser für ihre Geisteskranken, sonst suchten aber auch die Krankenhäuser sie los zu werden. Zeitweilig scheinen hier und da die gerade von Aussätzigen freigewordenen Leproserien vorübergehend durch sie benutzt zu sein. Wie im Mittelalter warf man die Kranken in Nürnberg vielfach zuerst ins „Loch“ — das dort so früh entstandene „Narrenhäuslein“ war ja bald verschollen —, nur daß man es jetzt „Gefängnis“ nannte; es waren aber dieselben dunkeln, unterirdischen Behälter, in denen drei Personen auf einer Holzpritsche am Block befestigt werden konnten; unter den durchlöcherten Pritschen standen Kübel! Dann finden wir, daß weit die größere Hälfte später über die Grenze gebracht wird, wobei es nicht sicher ist, ob die Leute einfach abgeschoben wurden oder, wie mir scheint, oft auch in ihre Heimat zurückgeführt worden sind; drei Viertel der Fortgeführten waren Männer. Es muß diese Methode für die armen Kranken als ein Glück angesehen werden, denn die Gefängnisse müssen teilweise entsetzlich gewesen sein; in Frankfurt a. M. hatten sie statt Tür und Fenster ein an der Decke angebrachtes Loch, durch welches sowohl die Gefangenen wie die „wanwezgen luden“ selbst an einem Seile, und Speise und Trank für sie hineingelassen wurden. Da waren Einrichtungen zum Stocken und Blocken, die sicherlich auch bei Kranken angewandt sind; Handschuhe mit eisernen Ringen sollten Selbstmord verhindern. Daneben ist auch mehrfach wieder die Rede von transportablen Privatgefängnissen. Es muß daher als ein wichtiger Fortschritt bezeichnet werden, daß man hier und da anfing, die Kranken aus solchen Behältern zu nehmen und ins Hospital zu legen; in Braunschweig nahm man sie aus den „Torenkisten“ ins Hospital; in Hessen legte man sie mit den Preßhaften in ein Zisterzienserkloster. In Pforzheim[1]) war eine gemischte Anstalt für Waisen, Sieche und gefährliche Geisteskranke; eine „Ordnung vor das Tolhaus“ daselbst aus dem Jahre 1751 enthält humane Vorschriften, aber auch Bestimmungen über Strafen durch Entziehung der Speise oder des Trankes. Ganz besondere Verhältnisse finden wir in Würzburg[2]). Das Juliushospital daselbst war schon seit 1583 auch eine Irrenanstalt; schon

[1]) Vgl. Fischer: „Die Anstalt in Pforzheim bis zum Jahre 1804“ in Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. 1877. Bd. 33, S. 745.

[2]) Vgl. Rieger a. d. a. Orten.

damals fing man an, wenn auch rudimentäre psychiatrische Krankengeschichten zu schreiben. Die Geisteskranken wurden in der Regel gemischt mit anderen Kranken verpflegt; Isolierungen wurden nur ausnahmsweise vorgenommen. Im Jahre 1600 wurde eine Instruktion erlassen für eine die Aufsicht führende Pfründnerin, für die „Wärtherin der Angefochtenen", welche auch männliche aufgeregte und gefährliche Kranke im „Kerker der Wahnsinnigen, die in Ketten liegen" oder im „Gefängniss der Angefochtenen" bewachte. Sie hatte auch „Ketten und Fuess-Eysen, Mahl-Schlösser" in Verwahrung. Möglicherweise wurden einzelne Kranke auch „in Ketten" gebadet. Allein der Umstand, daß diese Kranken einer Frau anvertraut wurden, zeigt, daß alle Zwangsmaßregeln Sicherheitsmaßregeln waren; freilich genügten sie nicht immer, denn es kamen auch Entweichungen in Ketten vor. Auch hielt man sie anderseits für nicht unbedenklich; allerdings war es schon Ende des 18. Jahrhunderts (1779), als man bei der Aufnahme eines Blödsinnigen vorschrieb, er solle in kein Blockhaus eingesperrt werden, um nicht aus einem bloß wahnwitzigen Menschen keinen Furiosum zu machen. Immerhin erschienen aber solche Isolierräume als ein Vorzug; 1742 wurde bestimmt, daß auf dem Lande sich befindende delirantes et simul furiosi in das Juliusspital und nicht in die Landspitäler aufgenommen werden sollten, weil in diesen keine Plockhäuser, besondere Wahrt, medici, chirurgi und Apotheker seien; ein klarer humaner Gesichtspunkt! Man sieht also, daß hier und da in diesen Jahrhunderten für die Geisteskranken in Deutschland schon erträglich gesorgt wurde, die meisten werden aber in kleineren Verhältnissen vernachlässigt und verkommen sein; denn von besonderer ärztlicher Behandlung hört man wenig. Freilich tauchte 1539 in Nürnberg ein Spezialist als sogenannter Narrenarzt auf: Meister Peter Mayr, der sich anheischig machte, den närrischen Leuten wieder zu der Vernunft zu helfen; man überließ ihm zwei Personen im Spital, die er dermaßen kurierte und ihnen half, daß sie wieder gesund wurden und bei guten Sinnen und Vernunft waren; doch muß es später weniger gut mit seinen Erfolgen gewesen sein, denn ein Jahr später bat der Rat ihn, seinen Pfennig anderswo zu zehren!

Eine große Unsitte wurde im 16. Jahrhundert der Gebrauch, Geisteskranke öffentlich zu verspotten und zu verhöhnen; stellenweise hat sich diese Unsitte bis in den Anfang des 19. Jahrhunderts erhalten. An vielen Orten gab es Narreteien, Narrenhäuser oder dergleichen Menschenkäfige, aus eisernen oder hölzernen Gittern gebildet oder wenigstens vorn damit versehen. Sie wurden auf einem öffentlichen Platze aufgestellt, man sperrte Nachtschwärmer, Ruhestörer, Gotteslästerer, Betrüger, aber auch Geisteskranke darin ein und gab sie dem Spotte des Pöbels preis. In großen Städten wurde im 17. und 18. Jahrhundert, wo die Kranken in einzelnen Gebäuden untergebracht waren, eine solche Unsinnigenanstalt jedem Neugierigen zur Besichtigung offen gestellt und vom Publikum als eine Merkwürdigkeit betrachtet, gleichsam als eine Sammlung wilder Tiere, die zur Ergötzlichkeit besehen und selbst Fremden gezeigt zu werden verdiente; den umherwandernden Zuschauern wurde Bier verzapft. In Lübeck z. B. war es bis 1803 Volkssitte, in den ersten drei Fastnachtstagen das Unsinnigenhaus zur Belustigung zu besuchen; Soldaten mußten den Unordnungen der großen Volksmenge wehren. In Berlin ergötzten sich die Einwohner Sonntags an den Sprüngen und dem Geheule der, natürlich geneckten, Tollen.



In gewisser Weise war es daher ein Fortschritt und eine Verbesserung der Lage der Irren, als man sie in die Zuchthäuser aufnahm. Denn die Vernachlässigung in den dunklen Gefängnislöchern, in denen die Kranken im eigenen Unrat verkamen, keine Erwärmung im Winter möglich war, wurde bei der gemeinsamen Verpflegung in den großen Räumen der Zuchthäuser wenigstens für die ruhigen Kranken beseitigt. Obwohl schon im 17. Jahrhundert Zuchthäuser in Hamburg, Basel, Breslau usw. gegründet wurden, so geschah dies meistens erst im 18. Jahrhundert. Das in Braunschweig 1676 eröffnete Waisen-, Werk- und Zuchthaus hat vielleicht zuerst vorzugsweise melancholische und wahnsinnige Personen aufgenommen, wurde nachher aber jedenfalls erweitert für Bettler, Vagabunden usw. Die Unruhigsten befanden sich in den Kojen oder betrübten Kasten, die später übrigens auch teilweise möbliert waren; die Ruhigen saßen, nach dem Geschlecht getrennt, mit den Züchtlingen vereint in den Arbeitssälen, und wo es anging, arbeiteten sie mit ihnen. Eine Instruktion forderte vom Zuchtmeister, ihnen mit aller Glimpf und guten Worten zu begegnen. Die Züchtlinge nannte man die Klugen, die Geisteskranken die Dummen. 1748 legte man die Züchtlinge und Geisteskranken in ein anderes Gebäude, vermutlich um sie vom Hospital zu trennen. Der Arzt in diesem „Zucht- und Irrenhause" erhielt für jeden kurierten Geisteskranken 5 Taler extra; es befanden sich da auch viele Auswärtige. In der Instruktion des Arztes hieß es: „Obgleich es mit der Cur eines Rasenden oder Wahnsinnigen sehr schwer hält, so sind doch Beispiele vorhanden, daß durch den Gebrauch der Medicin und andern diensamen Vorkehrungen derselben Heilung und Genesung nicht ganz unmöglich sey etc." Im Notfalle sollte er das Medizinalkollegium konsultieren, die Reinlichkeit usw. überwachen und Mißstände dem Direktorium anzeigen. Über etwaige Entlassungen mußte er schriftliche Gutachten einreichen. Er hatte zu unterscheiden, ob die Kranken zur Arbeit anzuhalten seien oder nicht. Seine Besuche waren zweimal wöchentlich vorgeschrieben. Auch hatte der Arzt zu bestimmen, ob der angekommene Wahnsinnige bei den übrigen Züchtlingen gelassen oder in die gewöhnlichen Tollkojen gebracht werden müsse. Im allgemeinen finden wir also humane Vorschriften; Schläge waren verboten, aber das Vorzeigen der Peitsche war dem Zuchtmeister bei Tobenden erlaubt! Häßlich ist es auch, „daß 1761 dem Speisemeister erlaubt wird, Kranke durch die Klappen der Türe zu zeigen". In Braunschweig erließ man erst 1801 die Anweisung für den Prediger (!), daß er sich des Einführens neugieriger Personen zu enthalten habe.

Eine wichtige Folge des Zusammenseins der Geisteskranken mit den Züchtlingen war ihre Behandlung durch letztere; sie mußten die Kranken anziehen, reinigen, ihnen Speise und Trank geben. Vielleicht war dies auch relativ ein Vorzug gegen frühere Zustände; jedenfalls lobte ein Arzt dies sehr und die damit verbundene beständige Beobachtung der Kranken.

Da diese Züchtlinge ausgewählt wurden, so ist es ja denkbar, daß die Behandlung eine erträgliche war, obwohl ja sicher auch Roheiten vorgekommen sein werden. Jedenfalls konnten die Kranken unter solcher Aufsicht freier umhergehen, manche Zwangsmaßregeln wurden dadurch unnötig. Doch scheinen solche Verhältnisse leider Ausnahmen gewesen zu sein. Die Irren wurden von den Gefangenen geneckt und verspottet; anderseits kam es vor, daß ein früherer

Wahnsinniger zum Aufseher über Korrigenden bestellt wurde. Die Verwalter mögen auch sonst von sehr verschiedenem Wert gewesen sein; Trunksucht der Zuchthausaufseher war ein leider nur zu sehr verbreitetes Laster. In Mannheim ließ ein Verwalter einen Kranken ab und zu einen Schoppen Branntwein trinken, weil er dann Wunderdinge von seinen Reisen zu sagen wisse. Wie früher sperrte man die Kranken in trostlose Räume ein. Solche Kojen lagen in Reihen nebeneinander; oft waren es eigentlich nur Bretterverschläge innerhalb größerer Räume; wenn letztere geheizt wurden, erhielten auch die Kojen etwas Wärme und ebenfalls spärliche Beleuchtung. Eiserne Gitter in den Türen waren mit Klappen versehen, auf denen kupferne Kellen, an Ketten befestigt, zur Darreichung der Nahrung dienten. Selten gewechseltes Stroh war das unreinliche Lager.

Wenn man, alles zusammen genommen, vielleicht einräumen muß, daß das Zusammensein mit den Züchtlingen den Vorteil brachte, daß die Ärzte an den größeren Mengen von Kranken Erfahrungen sammeln konnten, so ist das mehr für die Zukunft wichtig geworden. Jedenfalls ist die jahrhundertelange Verbindung von Zucht- und Tollhäusern den meisten Kranken nicht gut gewesen und hat auch wesentlich dazu beigetragen, daß Geisteskrankheit als Schande, nicht als Unglück angesehen wurde, ja hier und da auch heutzutage noch so angesehen wird. Außerdem sind die in den Zuchthäusern für Kranke und Gesunde angewandten Zwangsmaßregeln, die Tollstühle, auf denen man sie mit Tollriemen usw. anschnallte, gemeinsames Inventar geblieben und mit in die späteren Irrenanstalten übernommen. Dabei hat man im allgemeinen den Eindruck, als wenn es mit der Roheit in diesen Zucht- und Tollhäusern am Ende des 18. Jahrhunderts schlimmer stand als im 17.; oder waren die Menschen empfindlicher, regte sich die Humanität mehr? 1787 wurde dem Hausknecht in Halle aufgegeben, die Melancholischen auf keine Art zu vexieren, in Wut zu setzen oder sonst zu schlagen! Es macht den heutigen unbefangenen Zuschauer tieftraurig, zu sehen, wie diese Zwangsmaßregeln immer zunehmen; es mag ja sein, daß die mit der Bevölkerung zunehmende Zahl der Kranken dabei sehr zu berücksichtigen ist; das Schlimmste ist, daß allmählich von den Ärzten Methode in die Sache gebracht wurde, so daß der Mißbrauch raffiniertester Zwangsmaßregeln im Anfang des 19. Jahrhunderts seine traurige Höhe erreichte.

Wenn wir die warmen Empfehlungen hören, mit denen einzelne Ärzte, im Vergleich wohl namentlich mit früheren Zuständen, anfangs den Aufenthalt der Geisteskranken in Zuchthäusern schilderten, und dann am Schluß dieser Periode sehen, daß wieder Ärzte Zwangsstühle, in denen Kranke gefesselt saßen, als ein mildes Mittel ansahen, weil sie dadurch vor rohen Schlägen und schlimmeren Beschränkungsmitteln bewahrt würden, so müssen wir schließlich doch leider die Entwicklung der Irrenpflege in den Zuchthäusern als eine unglückliche bezeichnen.

Es fehlte an Geld für Verbesserung dieser Zustände, aber auch das Gefühl der Pflicht einer Fürsorge war noch nicht allgemein durchgedrungen. Man war wohltätig; hier und da wurde es während der ersten Jahrhunderte der Neuzeit in deutschen Städten Sitte, daß in Testamenten Legate für „die unsinnigen Armen" ausgesetzt wurden; in Lübeck verordnete der Rat, daß dies regelmäßig geschehen müsse, auch sammelte man in den Kirchen zu demselben

Zwecke. Diese Art der Wohltätigkeit war aber doch noch keine öffentliche Fürsorge, da die zu gebende Summe der Willkür des einzelnen überlassen blieb. Ein großer Fortschritt ist dann der Erlaß einer „besonderen Ordnung für irre und tolle Leute“ in Berlin 1702, die unter anderem bestimmte, daß Unvermögende umsonst zu verpflegen seien. Freilich dauerte es dann noch lange, bis der Grundsatz der Heilung in der Fürsorge vorangestellt wurde, am eindringlichsten von Langermann im Anfang des 19. Jahrhunderts.

* * *

Zum vollen Verständnis dieser Verhältnisse gehört noch ein Einblick in die Entwicklung der theoretischen Psychiatrie dieser Zeit; sie läßt sich hier nur in einigen großen Zügen schildern, Einzelheiten und namentlich die Vorläufer müssen übergangen werden[1]). Zu bedenken ist, daß die selbständige Bearbeitung der Psychiatrie unter dem Einfluß der großen Humanitätsbestrebungen begann[2]), während die Fürsorge des Staates erst später dazu kam.

Stahl (gest. 1734 in Berlin), dessen Theoria medica 1708 in Halle erschien, hat die den Körper gegen Fäulnis schützende, belebende und ausbildende Kraft mit der Seele gleichgesetzt; denn ursprünglich umfaßte der Begriff Seele außer den psychischen auch alle anderen Lebenserscheinungen[3]). Die Krankheiten waren für ihn von der Seele angeordnete Bewegungen, um irgend eine nachteilige Materie aus dem Körper zu entfernen[4]). Während sein Zeitgenosse Hoffmann[5]) dies durch ein Nervenfluidum geschehen ließ, einen Nervenäther, sah Stahl in solchen Vorgängen nur Schwingungen der Nerven, eine Kraft. Dieser Stahlsche Animismus wurde später in die Lehre von der Lebenskraft umgewandelt; sie hat dann in der Psychiatrie eine große Rolle gespielt, namentlich ausgebaut durch einige bedeutende Schüler Stahls, wie Unzer und Gohl, von ersterem allerdings in feinerer Weise als bei Stahl. Bei allen diesen Ärzten aber wurde die Wechselwirkung zwischen Psychischem und Physischem erörtert, und zwar, wie Kornfeld bemerkt, sowohl in allen physiologischen und pathologischen Vorgängen als zu ihrer therapeutischen Verwertung; Stahl betrachtet daher die Seelenkrankheiten als ein abnormes Verhältnis der in der Regelmäßigkeit ihres Wirkens gehemmten Seele. Wieder sehen wir, wie im Mittelalter, das ärztliche Denken von Spekulationen geleitet; damals waren es starre Dogmen, deren Wiederholung nichts Neues brachte; jetzt sind es oft anregende psychologische Fragen, die aufgeworfen und in verschiedener Weise beantwortet werden. Und weit über ein Jahrhundert behielten solche Gedanken die Führung, bis die Anatomie sie übernahm; das aber muß man anerkennen, es war den Ärzten Ernst, und sie fühlten sich getragen von der Größe ihrer Aufgabe; daher sollte man auch den Epigonen, wie Ideler, es lassen, daß sie Hohes erstrebten und nur in ihren Folgerungen unglücklich waren.

---

1) Vgl. hierfür namentlich Kornfeld a. a. O.
2) Neuburger und Pagel, Bd. II, S. 72.
3) Dessoir a. a. O., S. 502.
4) Kornfeld, S. 611.
5) Vgl. Hirsch a. a. O., S. 232 ff. und S. 256 ff.

Das Wechselverhältnis zwischen Leib und Seele suchte man auch durch den heilenden Einfluß der Leidenschaften darzutun[1]). Scheidemantels vielgelesene Schrift darüber (1787 Hildburghausen) verlangte die Anwendung der Leidenschaften als Heilmittel dann, wenn der Kranke durch Vernunftgründe nicht dahin zu bringen sei, das zu seiner Heilung Erforderliche zu tun oder vornehmen zu lassen. Der Schreck wird u. a. gegen Epilepise und Nachtwandeln empfohlen. Andere hielten die Furcht in der Tollheit für heilsam, weil sie die Funktionen der Nerven langsamer mache; ebenso wurde in England und Frankreich diese Behandlungsweise für alle möglichen körperlichen Krankheiten auf das sorgfältigste ausgebildet. Wenn diese Therapie auch einseitig war, sie bildet ein wichtiges Glied in der Reihe der psychologischen Begründungen psychischer Behandlung. Leider schließen sich an sie auch die späteren Begründungen für die Berechtigung der Zwangsmittel. Das persönliche Übergewicht des Arztes über den Kranken galt als eine Hauptbedingung für die Behandlung von Geisteskrankheiten; dann war es aber noch nahegelegt, dieses Übergewicht durch Erregung von Furcht und andere Leidenschaften zu verstärken. In bester Absicht bildete man zu angeblichen Heilungszwecken die Anwendung von Zwangsmitteln methodisch aus. Neben Ekelkuren und gehäuften Abführmitteln, kalten Übergießungen mit Hunderten von Eimern Wasser, spielten Drehmaschinen eine große Rolle. Durch Drehstühle wurden die Kranken 100mal in einer Minute um ihre Achse gedreht, wobei oft Erbrechen eintrat. Die eintretende Erschöpfung verwechselte man mit Beruhigung und glaubte in solchen Torturen indirekte psychische Heilmittel zu besitzen. Indem man Kranke in einen geschlossenen Sack steckte, glaubte man ebenfalls sie heilen zu können. Durch besondere Vorrichtungen nötigte man einen Unruhigen, tagelang fortgesetzt aufrecht zu stehen mit gestreckten Armen, und pries die Erfolge. Es ist kaum glaublich, wie erfinderisch Ärzte waren, immer neue Zwangsmittel als Heilmittel einzuführen, die sie dann auch in ihren Wirkungen zu erkennen glaubten. Doch es sei mir hier erspart, eine weitere Schilderung dieser Zwangsmaßregeln zu geben, die man auch sonst vielfach findet[2]).

Es ist dann in allen Ländern allmählich ein immer heftiger werdender Kampf gegen die Ansicht von der heilenden Wirkung des Zwanges eingetreten, welcher durch anscheinend wissenschaftliche Begründungen noch lange Vorschub geleistet wurde. Lange Zeit hat neben der alten Dämonenlehre und der Furcht der Massen vor aufgeregten Kranken auch die ärztliche Theorie die Anwendung des Zwanges verteidigt, wobei manche humaneren Anschauungen unter ausgeklügelten Theorien verschwanden.

Es wirkt dann aber doch überraschend, wie die anscheinend begeisterten Vertreter humaner Anschauungen auch wieder rohe Maßregeln empfahlen; Reil, in dessen Rhapsodien jene überschwengliche Schilderung der traurigen Lage der Geisteskranken steht, welche man immer wieder zitiert findet[3]), sagt an derselben Stelle, S. 387: „Durchgehend sind die Zwangsweste, das Einsperren, Hungern oder einige Streiche mit dem Ochsenziemer, die nach einem förmlichen

[1]) Vgl. Kornfeld, S. 615.
[2]) Vgl. auch meinen Grundriß der Geschichte der deutschen Irrenpflege.
[3]) A. a. O., 2. Auflage, 1818, S. 14.



Urteilsspruch von einer fremden Person mitgeteilt werden, zureichend, die Kranken bald zahm zu machen." Man muß auch wissen, daß Reil jene Rhapsodien schrieb, als er selbst noch keine größeren Erfahrungen in der psychischen Heilkunde gemacht hatte; es ist ein stark phantastischer Feuereifer in diesem Manne, aber gewirkt hat er doch viel. Ähnlich wie uns bei ihm der Widerspruch zwischen Wille und Tat auffällt[1]), haben wir auch andere Ärzte der Zeit anzusehen; bei starkem wissenschaftlichem und theoretischem Denken erscheinen die Ansichten zu Gegensätzen zugespitzt: in der Behandlung wichen sie vielfach weit weniger voneinander ab, nur die Begründung war verschieden.

Eine solche, aber mehr nur episodische Bedeutung hat der Gegensatz der sogenannten psychischen und der somatischen Schule gehabt, so sehr seine Wichtigkeit früher als epochemachend erschien. Auf der einen Seite gelten als Führer der Psychiker Heinroth, Benecke und Ideler, die entweder mehr religiöse, psychologische oder ethische Ansichten in den Vordergrund stellten; ihnen entgegen behaupteten die Somatiker, daß die geistigen Störungen die Folge körperlicher Zustände und Erkrankungen wären: Nasse, Friedreich und Jacobi waren die Stimmführer. Freilich traten bald wieder gemischte Ansichten hervor. Aber der Streit aller dieser Ansichten führte zur besseren Beobachtung der Kranken, so daß er sehr fördernd auf die Entwicklung der Psychiatrie eingewirkt hat. Denn zum guten Glück entwickelte sich fast gleichzeitig um die Jahrhundertwende und im Anfang des 19. Jahrhunderts das praktische Irrenwesen. Hier ist an erster Stelle Langermann zu nennen, der namentlich das preußische Irrenwesen reorganisiert hat; von Interesse ist es zu erfahren, daß die feurige Explosion in Reils Rhapsodien aus dem Umgange mit dem ruhigen, rein praktischen Langermann hervorgegangen ist[2]), der Reils Übertreibungen auch entgegentrat; so nahe lagen sich die Gegensätze, und beide drängten doch zu demselben Ziel. Seitdem sind auch die Erfolge der Ärzte deutlich bei dem Bestreben, die Behandlung der Geisteskranken zu übernehmen; die Psychologen werden in den wissenschaftlichen Bestrebungen mehr beiseite gedrängt. Es soll hier aber nicht vergessen werden, daß auch Theologen für eine bessere Behandlung der Kranken eintraten, wie der berühmte Francke in Halle, daß Gefängnis und Zuchthaus leider die humanen Bestrebungen, wie wir sahen, unterstützten; aber die Führung haben seitdem die Ärzte übernommen und behalten.

Deutlich trat dies bald auf dem Gebiet der psychiatrischen Journalistik hervor. Während eine 1783 erschienene Zeitschrift für „empirische Psychologie usw." von Philosophen, Anthropologen und Pädagogen, aber nicht von Ärzten herausgegeben wurde, verband sich Reil 1805 mit dem Naturphilosophen Kayßler zur Herausgabe eines „Magazins für psychische Heilkunde": 1808 gab er mit dem Psychologen Hoffbauer eine andere Zeitschrift heraus, die freilich wie die erste nur kurze Dauer hatte[3]). Erst 1818 erschien die erste nur von einem Arzte — Nasse — herausgegebene „Zeitschrift für

[1]) Vgl. z. B. Damerow, Die Elemente, a. a. O., S. 271.

[2]) Vgl. Damerow a. a. O., S. 238, und Langermann, Bericht über Bayreuth, 1804, in Allgemeiner Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. II, referiert von Damerow.

[3]) Vgl. Laehr in Bd. 50 seiner Zeitschrift.

psychische Ärzte". Dann trat Damerow 1841 mit einem groß angelegten Programm für eine neue psychiatrische Zeitschrift hervor, welches noch jetzt beherzigenswert und durch seinen umfassenden Entwurf bedeutend ist, wie Laehr bemerkt; er hat ja diese Zeitschrift später lange geleitet: „Die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin", immer noch eines der wichtigsten unserer Journale. Der Wunsch, alle Arbeit in einer Zeitschrift zusammenzufassen, war an und für sich schon ein Zeichen seiner Notwendigkeit; in manchen Fragen der Behandlung und Vertretung des Krankenwesens nach außen auch von Erfolg begleitet.

Interessant ist es aber, daß damals wie jetzt die größte Uneinigkeit über Benennung und Einteilung der psychischen Störungen herrschte, so daß Nasse[1]) sagte: „Wer jetzt von Verrücktheit, von Wahnsinn, von Gemütskrankheit zu uns redet, den müssen wir vor allem erst fragen, was er unter diesen Ausdrücken verstehe; und es ist immer ein Glück, wenn man noch zum gegenseitigen Verständnis gelangt"; und später: „. . . man darf wohl sagen, so viel von diesen Krankheiten handelnde Schriftsteller in der letzten Zeit, so viel Einteilungen". Ist es jetzt nach bald 100 Jahren besser? Sollte diese Lehre der Geschichte nicht endlich zur Vereinfachung führen, statt zur immer weiteren Zersplitterung und Verwirrung?

Es ist hier nicht möglich, auf die Einzelleistungen und Einzelfortschritte einzugehen[2]); als erstes eigentliches Lehrbuch der Psychiatrie sei „Die psychische Heilkunde" von Vering genannt, die 1817 erschien, bald gefolgt von zahlreichen anderen. Es ist viel Spreu zwischen diesen Arbeiten, aber manches Weizenkorn lief auf. Wunderbar bleibt es, daß trotz dieser reichen theoretischen Arbeiten, trotz des wachsenden Pflichtgefühls der öffentlichen Fürsorge doch noch so lange elender Zwang sich hielt; vielleicht am meisten in England, so daß die von Conolly ausgehende letzte Bekämpfung dort wohl berechtigter und noch nötiger war, als bei uns. Zu lange hatte Zwang als nützlich gegolten; langsam reifte die humanere Anschauung. Noch heutzutage regt sich ja leider die Neigung zu harter Behandlung oft noch beim Personal; ein volles Verständnis für die Krankheit wird dem einfachen Verstande auch heute immer noch schwer, der alte Aberglaube des Besessenseins spukt noch immer hier und da.

Um ein volles Verständnis für die weitere Geschichte der Bekämpfung des mechanischen Zwanges auch in unserem Vaterlande zu gewinnen, müssen wir hier doch abweichend von der sonstigen Beschränkung auf deutsche Verhältnisse allein, auch nebenher einen Blick auf unsere beiden wichtigsten Nachbarländer, Frankreich und England, werfen. In Frankreich bekämpfte zuerst Daquin in seinen Schriften den mechanischen Zwang, und gilt Pinel als der erste, der ihn praktisch beseitigte. Wenn auch die oft wiederholte Erzählung, wie er es trotz der Einwände des Deputierten Couthon wagte, 1789 etwa 50 Irren die Ketten abzunehmen, eine Legende ist, so ist es doch sicher, daß er die Irrenbehandlung in Paris in humanere Formen leitete und durch seine Schriften für die Fortschritte der Psychiatrie in Frankreich bahnbrechend

[1]) Zeitschrift für psychische Ärzte, 1818. Bd. I, S. 17 ff.

[2]) Vgl. Kornfeld a. a. O.



wirkte. Trotz seiner Bemühungen stand es aber noch lange nachher sehr schlecht um die Behandlung der Irren in Frankreich, so daß Esquirol noch 1818 dem Ministerium berichten mußte, die unglücklichen Irren würden ärger mißhandelt als Sträflinge, und ihre Lage sei schlimmer als die des Viehes. In den Irrenabteilungen von 33 Städten sah er die Kranken in den feuchtesten und ungesundesten Gebäuden untergebracht. Sie waren mit Lumpen bedeckt und lagen auf Stroh, um sich gegen die feuchte Kälte des Pflasters zu schützen. Erst 1838 wurde durch ein Irrengesetz gründliche Abhilfe gebracht.

In Deutschland sandte Hayner 1817 von Waldheim eine Streitschrift aus, die großen Einfluß gewonnen hat durch ihre ergreifende Schilderung der Mißstände. Das Schicksal, an Ketten gelegt, wodurch Gliedmaßen sogar verkrüppelt wurden, auf den Zwangsstuhl geriemt zu werden, treffe in dem Schlendrian der Irrenhäuser doch nur tobende oder sehr gefährliche Kranke, aber in Amts- und Ratskustodien und in Gemeindehäusern der Dörfer fast alle Irren ohne Unterschied, von denen man befürchte, daß sie gefährlich werden könnten. Körperliche Züchtigungen hielt er für nutzlos, weil sie stets in Mißbrauch ausarteten. Nur das Zwangskamisol[1]) hielt er zuzeiten für unentbehrlich, man dürfe es aber höchstens einige Stunden anwenden und nur in Anwesenheit eines Wärters.

In England wurde 1796 durch Tuke in York eine Anstalt errichtet zur Entfernung unnötigen und harten Zwanges, die schon damals Nachahmung fand; doch wagte man es noch nicht, mechanischen Zwang gänzlich abzuschaffen; darüber verging noch ein halbes Jahrhundert. Das System der Zwanglosigkeit forderte dann die Einführung anderer humaner Behandlungsweisen und wurde ein Triumph ihrer Vertreter. Es zeigte sich bald auf das deutlichste, daß unruhige Kranke früher fast immer durch Zwangsmaßregeln nur aufgeregter gemacht worden waren, denn jetzt verschwand der frühere Lärm überall in kurzer Zeit. Der Ruhm, dies No-restraint-System in seiner ganzen Bedeutung erkannt zu haben, gebührt Conolly.

Der größte Vorzug zwangsloser Behandlung zeigte sich bald auch gegenüber besinnlichen Kranken, denn ein freundliches Wesen und eine ruhige Sprache erweckten bei ihnen Vertrauen, wo sonst nur Furcht und Mißtrauen herrschten. Es ist seitdem auch immer deutlicher geworden, wie wichtig ein gut geschultes und williges Wartepersonal ist; Lärm und Unordnung sind bald immer mehr verschwunden, wo gutes Wartepersonal in genügender Zahl war: Aufregungszustände der Kranken verliefen rascher. Am nützlichsten zeigte sich die Entfernung von Zwangsmitteln bei Selbstmordsüchtigen; liebevolle Beaufsichtigung trat an die Stelle der mit Zwang fast immer verbundenen Vernachlässigung. Die eine Zeitlang als Zwangsmittel gänzlich verpönte Isolierung erhielt bei richtiger Anwendung sogar wieder den Charakter einer Behandlungsmethode, wie das in weit ausgreifendem geschichtlichen Zusammenhang von Gückel[2]) entwickelt wird. Als notwendig erwies sich zunächst noch die vor-

[1]) Nach Pandy a. a. O., p. 319, Anmerkung, im Jahre 1790 von Quilleret in Frankreich erfunden.

[2]) Zur Geschichte der Isolierung von Geisteskranken. Inauguraldissertation. Erlangen, 1906.

übergehende Isolierung, besonders bei weiblichen Kranken; manchem war und ist das Alleinsein lieb, der Umgebung kommt es zugute, da sie nicht mehr gestört und belästigt wird. Für das alte Verfahren schien zuweilen ganz besonders die Äußerung einzelner Kranker zu sprechen, die erklärten, sich am sichersten zu fühlen, wenn ihnen Zwangsmittel angelegt seien; aber eine längere Beobachtung zeigte, daß auch diese Personen jenen Wunsch verloren, nachdem sie die freie Behandlung längere Zeit erfahren hatten: die Übung des Restes eigener Willenskraft stärkte ihre Fähigkeit der Selbstbeherrschung.

Auch die Ärzte mußten Geduld üben lernen. Doch empfanden sie, daß Szenen, die beim ersten Anblick voll Verwirrung und Aufregung erschienen, sich meistens in einfache Verhältnisse auflösten, wenn man sie nur wenige Minuten lang mit Ruhe behandelte. Wütendes Benehmen, drohende Sprache, Schimpfereien hörten bald auf, wenn man ihnen nur nicht mit Gereiztheit und Unwillen entgegentrat. Geduldiges, ruhiges Zureden, Beweise der eigenen Selbstbeherrschung, verfehlten selten ihre Wirkung. Derselbe Geist der Humanität ging auf Wärter und Kranke über, so daß daraus ein freundliches Zusammenleben entstand. So erwarb sich das neue System rasch immer mehr Anhänger, die mit einer Art Begeisterung dafür eintraten und in seiner Ausbreitung eine förmliche Mission erblickten. Es wurde in seinen Einzelheiten ausgebildet und fand in den mannigfachen Arten der Beschäftigung Kranker immer neue Unterstützungsmittel; und dabei vermehrte sich die Zahl der Genesungen. Dann versuchte Conolly mit Erfolg, den Unterricht Kranker zu ihrer Erheiterung und Beruhigung zu benutzen; nicht allein die Ungebildeten fanden Freude an der Erwerbung neuer Kenntnisse, sondern gerade auch die Erinnerung und Auffrischung früherer Kenntnisse wurde eine Quelle der Freude für Gebildete und förderte ihre Genesung. Die Beschränkung des Unterrichtes auf jugendliche Idioten ist kein Vorzug unserer Zeit.

Eine wichtige Folge der Sorgfalt, die man den Geisteskranken zuwandte, war die Erkenntnis, daß die Zahl der Ärzte an den Anstalten anwachsen müsse; daneben stellte sich die Notwendigkeit heraus, den praktischen Ärzten Gelegenheit zum Studium der Psychiatrie zu geben. In französischen und englischen Anstalten wurden daher schon früh Vorlesungen und Kurse abgehalten. Besonders was die Ärzte da in den Zeiten der Abschaffung des mechanischen Zwanges lernten, machte sie fast alle zu Aposteln der neuen Lehre. Mitleid und Nächstenliebe predigten sie praktisch, das Gesetz des Erbarmens trugen sie in alle die Stätten dunklen Elends und Kummers. Man sah, daß Kranke zu behandeln waren, und der Arzt erhielt die erste Stelle den Irren gegenüber zurück, die seinem Amte gebührt. Wenn der Beruf der Irrenärzte heutzutage auch noch manche Schwierigkeiten und Gefahren mit sich führt, so muß man doch noch eine ganz andere Achtung vor jenen Männern gewinnen, die es wagten, nur gehoben von der Kraft der Überzeugung, gegen die Furcht und beschränkte Vorsicht ihrer Umgebung anzukämpfen, Mißdeutungen und Verleumdungen ausgesetzt waren und sich trotz alledem unter Hunderten und Tausenden von Kranken unerschrocken bewegten, denen sie die Fesseln kühn gelöst hatten.

Überall, wo größere Mengen von Kranken zusammen waren, konnte das Entfernen der Zwangsmittel natürlich nur allmählich stattfinden, es blieben

auch noch manche Anhänger eines milden Zwanges. Die Möglichkeit, auch ganz ohne jeglichen Zwang auszukommen, wurde seitdem wiederholt bewiesen, so daß die Durchführung des No-restraint-Systems sich immer mehr auch als eine Kostenfrage erwies.

Man muß es gestehen und beklagen, daß in manchen Ländern des Festlandes die Abschaffung der Zwangsmittel den Fortschritten in England nicht so bald folgte. In den Pariser Asylen z. B. galt die Zwangsjacke noch lange als unentbehrlich. Armselige Gründe dafür wurden vorgebracht: Zwang sei notwendig, um ein wirksames und großes Ansehen bei den Kranken zu erlangen, der Arzt müsse seine Macht beweisen. Aber man erkannte mit der Zeit die Wertlosigkeit solcher Einwände und führte als sicherstes Mittel zur Vermeidung der vielen Schädlichkeiten, der Gefahr des Selbstmordes, der Gewalttaten gegen die Umgebung, die beständige Überwachung ein.

Allgemeine Gesetze und Verordnungen zur Beaufsichtigung der Irrenanstalten waren in England schon früher als auf dem Festlande gegeben. In Berlin wurden erst 1773 Zirkularverfügungen über die Aufnahmebedingungen Geisteskranker ins Irrenhaus erlassen, 1794 in Brandenburg Listen über die gemeingefährlichen Irren vorgeschrieben. Langermann führte umfassende Beschäftigung für die Geisteskranken ein, mechanische Beschränkung wandte er nur noch ausnahmsweise an; als Chef des Medizinalwesens übte er von Berlin aus bei der Gründung der ersten Heilanstalten (seit 1825) auf das preußische Irrenwesen maßgebenden Einfluß. Zu einem scharfen Streit hatte die Frage geführt, ob heilbare und unheilbare Irre besser getrennt oder zusammen zu behandeln seien. Man erkannte in dem Zusammenleben frisch Erkrankter mit Verblödeten und Unreinen Nachteile für die Behandlung; man ging dann soweit, nicht nur die Einrichtungen in den Häusern für beide Klassen von Irren zu trennen, sondern errichtete neben den alten Bewahranstalten für Unheilbare auch nur für Heilzwecke bestimmte Anstalten, in denen die neuen, mit beträchtlichen Kosten verbundenen Reformversuche leichter durchgeführt werden konnten. Obwohl nun verhältnismäßig häufige Heilungen in solchen Heilanstalten manche der früheren Vorurteile des Publikums beseitigten, so führte doch die Kostspieligkeit dazu, die beiden Anstaltsarten wieder an demselben Orte zu vereinigen, zunächst relativ, d. h. sie unter eine ärztliche Leitung zu stellen und mit gemeinsamen ökonomischen Einrichtungen zu versehen. Allmählich zeigte sich aber auch, daß eine teilweise Mischung der verschiedenen Krankenarten nicht bedenklich ist; man baute wieder gemischte Heil- und Pflegeanstalten.

Außer der humanen Behandlung in diesen und ihren vortrefflichen Einrichtungen finden wir jetzt in manchen Krankenhäusern und in den sogenannten Stadtasylen weitere Plätze für gute Behandlung der frisch erkrankten Irren, während landwirtschaftliche Kolonien und Familienpflege noch mehr den chronischen Kranken zugute kommen.

Auf diese Fragen hat Griesinger einen entscheidenden Einfluß ausgeübt, dieser für die neuere Psychiatrie wichtigste Arzt. Durch ihn ist die freie zwanglose Behandlung bei den deutschen Irrenärzten in den Vordergrund gedrängt, wobei er gleichzeitig die geschlossenen Anstalten durch jene Stadtasyle, Kolonien und Familienpflege zu ersetzen oder ergänzen riet. Die seiner-

zeit darüber entstehende heftige Polemik war gewiß zu bedauern, aber sie hat auch wesentlich beigetragen zur rascheren Verbreitung der durch Griesinger so warm vertretenen Ideen. Vielleicht ist er mit seinem lebhaften Gefühl über das Ziel hinausgegangen, denn trotz voller Anerkennung seiner Bestrebungen ist die bisherige Durchführung seiner Vorschläge doch nicht soweit gedrungen, wie er wollte. Noch größer war sein Einfluß auf wissenschaftlichem Gebiete; die einige Jahrzehnte früher begonnene psychiatrische Klinik wurde von ihm neu eröffnet und in der seitdem mustergültig gewordenen Weise fortgesetzt. Er hat dabei besonders zwei Wege verfolgt, auf denen die deutsche Psychiatrie auch jetzt noch zu dem einen Ziel ihrer Einreihung in die Gesamtmedizin fortschreitet. Der eine Weg ist der der Erforschung der pathologischen Anatomie des Gehirns und des Nervensystems; der andere die stete Verbindung mit der Neurologie, der Zusammenhang zwischen den psychischen Erkrankungen und den Nervenleiden. Viele hervorragende Forscher sind ihm auf beiden Wegen gefolgt; die äußere Anerkennung seines Strebens findet man in der jetzt meist geltenden Bezeichnung: „Psychiatrische und Nervenklinik".

Nicht so allgemeine Gefolgschaft, wenn auch gerade mehrere der zurzeit in der Psychiatrie führenden Männer ihre ganze Kraft dafür einlegen, hat die Einbeziehung der Psychologie in die Psychiatrie gefunden, welche auch schon von Griesinger erstrebt und mit großer Vorliebe empfohlen wurde. Ein früher Tod hat ihn gehindert, die einheitliche Durchdringung seiner Bestrebungen zu Ende zu führen; er ist aber zweifellos trotz vielen Widerspruchs, den er damals fand, jetzt noch als Führer unserer Psychiatrie anzusehen; seine Begründung des „Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten" ist dafür ein dauerndes Merkmal geblieben. Daneben bemühte er sich für den Ausbau einer forensischen Psychiatrie. Epochemachend war sein Lehrbuch der Geisteskrankheiten, welches, auf Reils Lehre von den Störungen des Gemeingefühls (Zellers Einheitspsychose) fußend, die Herbertsche Psychologie mit den eigenen klinischen und anatomischen Erfahrungen verband.

Hervorgehoben zu werden verdient die auch von Griesinger vertretene einheitliche genetische Auffassung der psychischen Störungen, welche in einer bestimmten gewissen Aufeinanderfolge der verschiedenen Formen nur verschiedene Stadien eines Krankheitsprozesses zu erkennen sucht. Diese schon im Altertum wiederholt auftretende Ansicht ist nicht streng durchführbar gewesen, aber sie ist auf die Richtung der Entwicklung psychiatrischer Einteilungen von großem Einfluß geblieben.

War zu Griesingers Zeit die Psychiatrie noch eine sehr unsichere Wissenschaft, so darf man jetzt doch sagen: es wird ihr gelingen, auf diesen Bahnen allmählich ihrem Ziele näher zu kommen; jedenfalls steht sie jetzt wieder als gleichwertige Disziplin neben den anderen Zweigen der Medizin. Hoffentlich wird die spätere Geschichte der Psychiatrie, welche auch die für eine objektive Beurteilung uns jetzt noch zu nahestehenden Schulen unserer Wissenschaft ihrem Werte nach beurteilen kann, diese Ansicht bestätigen[1]). Das Streben, Krankheitsstadien von Krankheitsformen zu scheiden, steht in erster Reihe

---

[1]) Vgl. besonders Nissl a. a. O.



bei der Entwicklung der neueren Psychiatrie; einseitige anatomische Richtungen scheinen wieder zurückgedrängt zu sein von klinischen Forschungsmethoden.

* * *

Ein Zweig der Psychiatrie ist in neuerer Zeit die Pathographie geworden, die auf den verschiedensten Gebieten in Literatur und Kunst das Interesse auch des größeren Publikums stark erregt hat; sie wird immer mehr Bausteine liefern zur richtigeren Würdigung von Personen, typischen Charakteren und geschichtlichen Ereignissen, so daß sie mit der Zeit die Anschauungen darüber sehr verändern wird. Die oft auftretende Neigung, überall Krankhaftes zu suchen, wird aber noch manchen Widerspruch finden, so daß selbst in einem größeren Rahmen kritische Beleuchtung dieser Fragen schwer wäre.

* * *

Überschauen wir noch einmal die ganze hier besprochene Entwicklung der Psychiatrie, so sehen wir an ihrem Anfang die innige Verbindung mit religiösen Motiven stehen, die in guter und schlechter Weise diese Entwicklung immer wieder stark beeinflußten. Will es nun auch scheinen, daß ein Vorzug unserer neueren Psychiatrie in der Befreiung von diesen Einflüssen, namentlich denen der Hierarchie, liegt, so dürfen wir doch nicht so weit gehen, den Segen der Religion von unserer so eng mit dem praktischen Leben verbundenen Wissenschaft ganz fern halten zu wollen. Seelsorge und Psychiatrie ist ein Schlagwort geworden, dessen „Für und Wider“ uns vielfach beschäftigt. Freilich ist es ausgeschlossen, auf dem Gebiete wissenschaftlicher Forschung sich mit der Theologie hierbei auseinander zu setzen, denn selbst freier denkende Theologen[1]) stehen auf einem Standpunkte, welcher unseren psychiatrischen Anschauungen über Krankheit und Gesundheit unverständlich bleiben muß. Aber den Wert praktischer Seelsorge bei unseren Kranken erkennen wir in geeigneten Fällen gern an, denn dann unterstützt sie unser ärztliches Handeln wesentlich. Allerdings ist die Zahl dieser Fälle nicht so sehr groß und nur der Arzt kann entscheiden, ob und wann die Aufgabe des Seelsorgers beginnt. Die Kernfrage, ob es sich um „Sünde oder Krankheit[2])?“ handelt, welche dem wissenschaftlichen Streit zugrunde liegt, darf hier ganz beiseite gestellt werden, obwohl sie erst vor einigen Lustren die Gemüter wieder stärker erregt hat[3]).

Einige Fragmente zur Geschichte der gerichtlichen Psychopathologie findet man bei Krafft-Ebing[4]).

Nachdem es den Irrenärzten gelungen ist, die Behandlung der Geisteskranken in erster Linie dem Arzt zuzuweisen, ist teilweise auch unter dem Einflusse des Bestrebens, die Stellung der Geisteskranken äußerlich zu sichern, neuerdings von verschiedenen Seiten versucht worden, die Bezeichnungen:

---

[1]) Vgl. Weinel, Die Wirkungen des Geistes und der Geister. Freiburg i. B., 1899.

[2]) Vgl. Zimmer unter obigem Titel, Leipzig, Richter, 1894.

[3]) In der Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte, 1893 in Frankfurt — der Bericht enthält die ganze Literatur —, und Versammlung der deutschen evangelischen Kirchenkonferenz, 1894 in Eisenach.

[4]) Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Stuttgart, 1892, Einleitung.

Irre, Irrsein, Irrenanstalt zu beseitigen[1]); wie es scheint zunächst ohne Erfolg. Vielleicht wird die geschichtliche Entwicklung, welche die tatsächlich mildere Anschauung und Behandlung mit sich geführt hat, auch Sinn und Inhalt dieser Bezeichnungen in Zukunft milder erscheinen lassen.

Es scheint, daß neuerdings die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens noch wichtiger werden sollen, die in dem Kampf zwischen Laien und Ärzten um die Führung in diesen Fragen erwachsen sind. Früher haben die Ärzte den Geistlichen und Laien diese Führung zweifellos zum Besten der Kranken abgerungen; jetzt versucht man die Ärzte wieder zurückzudrängen und erschwert ihnen ihre ohnehin nicht leichte Stellung. Möge der Blick auf das Wohl der Kranken die Parteien leiten und sie wieder vereinen[2])!

Überall sehen wir die Psychiatrie der Neuzeit von den allgemeinen und medizinischen Fortschritten auf das kräftigste unterstützt. Besonders die reichen Hilfsmittel der modernen Krankenpflege lassen sie in der ärztlichen Kunst der Behandlung das Höchste erreichen. Die wissenschaftlichen Grundlagen und Bestrebungen berechtigen zu der Hoffnung, daß wir dem Ziele immer näher kommen. Und doch dürfen wir uns nicht verhehlen, daß vielen unserer jetzigen Irrenärzte, wie vielen Ärzten überhaupt, der ideale Zug fehlt, welcher erst den vollendeten Arzt schafft; das höchste Ziel ärztlicher Kunst: den Menschen, nicht die Krankheit zu behandeln, sehen sie nicht klar vor sich. Gerade in der Psychiatrie ist das aber am nötigsten, denn sie will das Beste im Menschen, seinen Geist behandeln. Möge diese Erkenntnis, daß der gute vollkommene Arzt jenes idealen Zuges bedarf, die Jünger Äskulaps zum Studium der Geschichte der Medizin und zur Geschichte der Psychiatrie führen; innere Befriedigung und äußere Erfolge in der Behandlung der Kranken sind der schöne Lohn!

---

[1]) Vgl. Max Fischer, Die Benennung der Krankenhäuser für Geisteskranke. Halle, Marhold, 1905.

[2]) Vgl. Beyer, Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens. Material zu einem Reichs-Irrengesetz für Laien und Ärzte. Halle, 1912.

# ALLGEMEINE THERAPIE DER PSYCHOSEN.

VON

DIREKTOR DR. A. GROSS.

# Einleitung.

Die letzten Jahrzehnte des verflossenen und das erste dieses Jahrhunderts brachten eine Ausgestaltung der Anstaltsfürsorge für die Geisteskranken, wie sie in diesem Umfange und dieser Vollkommenheit wohl vorher niemand geahnt hätte. Staaten und Provinzen wetteiferten in der Errichtung von vortrefflich und nach modernen Prinzipien erbauten und eingerichteten Irrenanstalten, welche einer immer größeren Zahl unserer Kranken eine den Forderungen der Humanität und der allgemeinen Hygiene entsprechende Unterkunft und Verpflegung darbieten. Es entspricht dieser Entwicklung, daß auch die wissenschaftlichen Arbeiten dieser Zeit aus dem Gebiet der Therapie der Psychosen in ihrer überwiegenden Mehrzahl solche Fragen behandeln, die mit der Versorgung der Geisteskranken in den Anstalten in enger Beziehung stehen, und so kommt es, daß die psychiatrisch-therapeutische Literatur der letzten Jahrzehnte sich hauptsächlich mit den Problemen der Bettbehandlung, Isolierung, Dauerbäder und ähnlichen Fragen beschäftigt hat; daneben finden sich insbesondere zahlreiche Arbeiten über neuere Narkotika.

Im übrigen wurde aber die Lehre von der Behandlung der Geistesstörungen nicht wesentlich gefördert, und eine wirkliche, die Heilung zielbewußt und mit begründeter Aussicht auf Erfolg anstrebende Therapie derselben besteht nur in äußerst begrenztem Maße. Die zweifellose Rückständigkeit auf diesem Gebiete gegenüber anderen Zweigen der Medizin hat ihren Grund zum Teil in der relativen Jugend der Psychiatrie als Wissenschaft. Ein gewisser, den Betätigungseifer in dieser Richtung hemmender Einfluß wurde ausgeübt durch die Kraepelinsche Auffassung der Geisteskrankheiten, wonach mit der Diagnose auch der Verlauf als prädestiniert betrachtet wurde und somit therapeutische Einwirkungen wenig Erfolg zu versprechen schienen; die Hauptschuld dürfte aber zu suchen sein in unserer mangelhaften Kenntnis von den Ursachen der Geisteskrankheiten und den physiologischen Prozessen, welche sie bedingen oder begleiten. Basieren ja die Fortschritte in der Behandlung innerer Krankheiten überwiegend auf den Ergebnissen der Bakteriologie und physiologischen Chemie. Ich rechne auf keinen Widerspruch, wenn ich sage, daß von dieser Seite der Behandlung psychischer Störungen bisher eine nennenswerte Förderung nicht gekommen ist, wenn auch die in letzter Zeit begonnenen Untersuchungen über den Stoffwechsel der Geisteskranken für die Zukunft gewisse Aussichten eröffnen dürften. Wenn daher in dieser Abhandlung über allgemeine Therapie

nach den Problemen der Prophylaxe in erster Linie die Irrenanstalten, ihre Einrichtungen und Wirkungsmöglichkeiten eine besonders ausführliche Darlegung finden sollen, so geschieht dies von der Überlegung ausgehend, daß in ihren Kurmitteln, die zum großen Teil als langsam aber stetig wirkende Milieuwirkungen aufzufassen sind, die wesentlichsten Komponenten unserer derzeit möglichen Therapie umschlossen liegen.

Es handelt sich dabei im allgemeinen um Probleme der Psychotherapie im weiteren Sinne, d. h. um Beeinflussung der Seelenstörungen von der psychischen Seite her, sei es, daß von Anstaltsbau und Anstaltsverwaltung, von der Ärzte- und Pflegerfrage, von Unterhaltung oder Beschäftigung der Kranken die Rede sein wird. Die Psychotherapie im engeren Sinne hat ja ihre Domäne überwiegend in den Psychoneurosen, und mit Hypnose, Suggestion und Psychoanalyse ist bei den eigentlichen Psychosen nicht viel anzufangen; soweit man aber unter Psychotherapie die Lehre vom zweckmäßigsten Verhalten von Ärzten und Personal den Geisteskranken gegenüber versteht, so sind das Dinge, über welche zahlreiche populäre Darstellungen bestehen, über die aber wissenschaftlich zu sprechen keineswegs eine dankbare Aufgabe ist.

Dagegen verdienen gewisse physikalisch-diätetische, zumeist zugleich psychisch und somatisch wirkende Behandlungsmethoden, insbesondere Bett- und Wasserbehandlung in Anbetracht ihrer ausgedehnten Anwendung und guten Wirkungen eine breitere Darstellung. Unter den die körperliche Seite des geistigen Geschehens beeinflussenden Behandlungsmitteln stehen noch immer die schlafmachenden und betäubenden Medikamente an erster Stelle, deren Nutzen und Schaden ohne aprioristische Stellungnahme gegeneinander abzuwägen sein wird. Daneben bestehen aussichtsvolle, empirisch wohlbegründete Anfänge einer Behandlung mit fiebererzeugenden Präparaten.

Alles in Allem bin ich an die Darstellung der allgemeinen psychiatrischen Therapie mit erheblicher Resignation und mit dem Bewußtsein herangetreten, kaum etwas Neues berichten zu können. Doch scheint mir zur Proklamierung eines therapeutischen Pessimismus und Nihilismus kein Anlaß. Leider können wir allerdings zu einer Geistesstörung noch nicht die Behandlungsmethode angeben, durch die sie geheilt wird, und die sichtbare Wirkung der einzelnen angeordneten Maßnahme ist oft eine verschwindende. Wie aber Verworn darauf hinweist, daß es richtiger sei, für die Entstehung einer Krankheit nicht sowohl eine einzelne Ursache zu beschuldigen, als vielmehr die Mehrzahl der Bedingungen zu ergründen, denen die Krankheit ihre Entstehung verdankt, so muß sich die Lehre von der allgemeinen Therapie zunächst damit begnügen, die Bedingungen anzugeben, unter denen das weitere Fortschreiten der Geisteskrankheit nach Möglichkeit gehemmt und die Entwicklung derselben nach dem Besseren hingelenkt wird.

Zwischen der Behandlung geistiger Störungen und der aller übrigen Krankheiten besteht ein wesentlicher und prinzipieller Unterschied. Er ist erkenntnistheoretischer Natur und in der Eigenart der Beziehungen begründet, welche zwischen den psychischen Erscheinungen und dem sie tragenden körperlichen Substrat angenommen werden müssen.

Soll irgend eine körperliche Krankheit Objekt ärztlichen Handelns sein, so zielt die Tätigkeit des Arztes lediglich auf Wiederherstellung von Struktur



und Funktion des erkrankten Organs oder Organsystems; die nicht regelrecht funktionierende Niere soll wieder normal arbeiten, damit Zerfallsprodukte des Stoffwechsels richtig ausgeschieden werden können; ein Katarrh der Magenschleimhaut wird behandelt in der Absicht, die richtige Zusammensetzung und Absonderung des Magensaftes wiederherzustellen, so daß die eingeführten Speisen verdaut werden können; wenn wir eine bösartige Geschwulst des Mastdarms mit dem Messer entfernen, so soll damit die Passage für die Fäkalien freigemacht, gleichzeitig aber auch dem durch das Neoplasma bedingten Kräfteverfall gesteuert werden. So verhält es sich auch bei den eigentlichen Gehirnerkrankungen im engeren Sinne, wenn wir von etwaigen psychopathologischen Begleitsymptomen absehen: hat eine Blutung oder Neubildung im Gehirn zu Krämpfen oder Lähmungen geführt, so ist das Ziel der Behandlung dahin gerichtet, die Funktionsstörung selbst zu beseitigen und die regelrechte Bewegungsfähigkeit des erkrankten Körperteils wieder zu ermöglichen. Wesentlich ist die ununterbrochene, ausschließlich im Somatischen liegende Bahn, welche vom Gehirnzentrum zum Muskel führt.

Anders liegt die Sache aber, sobald psychische Phänomene beteiligt sind. Hier ist uns eigentlich die veränderte Gehirnfunktion als solche, welche wir in der Mehrzahl der Fälle gar nicht kennen, gleichgültig, wesentlich sind vielmehr die ihr entsprechenden psychischen Funktionen, von denen wir wünschen und zu bewirken versuchen, daß sie wieder in normaler Weise in Erscheinung treten können.

Das philosophische Problem der Beziehungen zwischen körperlichen und geistigen Dingen kann hier zwar nur gestreift werden. Doch eine naheliegende praktische Konsequenz macht es unmöglich, völlig daran vorüberzugehen. Würde die Weltanschauung des Materialismus als richtig angenommen, wäre alles geistige Geschehen die Folge materieller Vorgänge, so wäre das Psychische auch nur durch Einwirkung auf die Materie, das Gehirn, mit Erfolg zu behandeln, eine psychische Therapie verspräche keinen Erfolg und wäre sinnlos. Auf der anderen Seite verträgt sich die Tatsache, daß physikalische und chemische Einwirkungen wohl imstande sind, den Ablauf geistiger Vorgänge zu beeinflussen, nicht mit einer rein idealistischen Auffassung dieses Zusammenhanges. Die Erfahrung lehrt vielmehr, daß man nicht selten die gleichen Wirkungen im Bereich des Psychischen erreichen kann, sowohl mit materiellen wie mit psychischen Behandlungsmitteln; so können wir z. B. bei hysterischen Kranken Schlaf erzielen durch chemische Mittel wie durch Suggestion.

Nehmen wir aber mit Fechner an, daß materielles und geistiges Geschehen, das eine ohne das andere nicht denkbar, in letzter Linie das gleiche, nur nach dem Standpunkt verschieden sind, indem die gleichen Vorgänge sich für die Selbstanschauung (den Blick nach innen) als psychische, für die äußere Beobachtung als materielle darstellen — so schließen wir, es ist das gleiche Geschehen, auf das wir mit psychischen und materiellen Behandlungsmitteln einwirken, beide Methoden sind in gleicher Weise theoretisch berechtigt, wie sie praktisch als wirkend erprobt sind. Diese Doppelnatur der psychischen Erscheinungen verleiht der Therapie psychischer Erkrankungen eine besondere Vielgestaltigkeit und mannigfaltigere Möglichkeiten.

Derartige Betrachtungen mögen manchem überflüssig erscheinen, da die

Medizin eine Erfahrungswissenschaft sei, und die Psychiatrie ein Zweig der Medizin und daher der Spekulationen besser entrate; doch mochte ich mir diese kurze, fragmentarische Abschweifung nicht versagen, weil es mir Bedürfnis war, die Grundsätze des praktischen Handelns unter angemessene theoretische Gesichtspunkte zu stellen, ohne dabei die Erwartung zu hegen, durch die Theorie die Praxis wesentlich zu fördern.

Dazu kommt noch eine weitere Überlegung, die sich an das oben Gesagte anschließt. Die Zuverlässigkeit und Schnelligkeit, mit der im Gegensatz zu psychotherapeutischen Methoden im allgemeinen materielle, insbesondere chemische Mittel auf psychische Störungen wirken, ist ebenso bekannt, wie die minimalen Dosen chemischer Substanzen, welche oft ausreichen; man denke an die Wirkung des Skopolamins auf heftigste Erregungszustände, bei denen eine rein psychische Therapie so aussichtslos erscheinen kann, daß man sie gar nicht erst zu versuchen wagt. Das dürfte damit zusammenhängen, daß mächtiges und ausgiebig sich entäußerndes psychisches Geschehen sich abspielt an kleinsten materiellen Teilen und verbunden ist mit minimalen physiologischen Vorgängen in der Hirnrinde. Da kann es aber andererseits nicht wundernehmen, daß wir fast überall da, wo wir psychotherapeutisch arbeiten, die psychische Seite des Geschehens zu beeinflussen versuchen, nur unter Anwendung großer Anstrengung, langer Zeiträume und meist ohne Sicherheit des Erfolges vorwärtskommen.

Die geistigen Funktionen können sich nur dann in regelrechter Weise abwickeln, wenn die materiellen und immateriellen Voraussetzungen, durch die sie in ihrem Entstehen und Ablauf bedingt sind, in einer gewissen Form, Intensität und in bestimmtem gegenseitigen Verhältnis zueinander vorhanden sind; Abweichungen von diesen Bedingungen haben ihrerseits wieder Störungen der Gehirnfunktionen und der mit ihnen verknüpften psychischen Vorgänge zur Folge; so entsteht geistige Krankheit.

Dem entspricht aber auf der anderen Seite die Möglichkeit einer Einwirkung auf das krankhafte Geschehen, indem bewußt und mit Überlegung die Bedingungen verändert werden, unter welchen eine Krankheit entstanden ist und weitergeht. In der Regel steht es eben nicht so, daß wir eine Geistesstörung durch Anwendung e i n e s Mittels heilen könnten, und die sichtbare Wirkung der einzelnen Maßnahme ist meist nicht von Belang. Es gilt vielmehr die Gesamtheit der Bedingungen (V e r w o r n) festzustellen, denen die Krankheit ihre Entwicklung verdankt. Auf diese Weise, durch sinngemäße Modifikationen der auf das Individuum einwirkenden psychischen und physischen Reize soll der weitere Fortschritt der Geisteskrankheit nach Möglichkeit gehemmt und die verkehrt laufenden Lebensvorgänge, in unserem Fall die psychischen Störungen, einem gesunden Ablauf zu- oder doch näher geführt werden.

Wo die Bedingungen, welche die Abweichung von der Norm verschuldet haben, bekannt sind, wird man sie auszumerzen suchen und übt dann „kausale" Therapie. Vielfach herrscht aber hierüber, wie über das Wesen der den psychischen Störungen entsprechenden physiologischen Funktionen und Parafunktionen erhebliche Unklarheit. Die Grundlage unseres therapeutischen Handelns bildet dann lediglich die Summe gemachter Erfahrungen, welche teils zufällig, bestenfalls durch das Experiment gewonnen, durch theoretische

Erwägungen geordnet und ausgestaltet oft nur ein unsicheres Probieren mit wechselnden Methoden gestattet. So ist die psychiatrische Therapie vielfach nur die Frucht rohester Empirie.

Von der Zukunft und den Fortschritten wissenschaftlicher Arbeit, die sie uns bringen wird, werden wir aber erhoffen dürfen, daß sich unsere Kenntnisse von den Zusammenhängen zwischen den psychischen Vorgängen und Hirnveränderungen physiologischer und chemischer Natur einerseits, von den Verknüpfungen der psychischen Dinge untereinander und den Gesetzen ihrer kausalen Bedingtheit andererseits erweitern und vertiefen werden.

Jetzt ist die Irrenheilkunde noch nicht in dem Maße eine Wissenschaft, wie die anderen Zweige der Medizin, welche auf Grund bekannterer und schärferer Prämissen in der Lage sind, erheblich exakter zu arbeiten. Von der psychiatrischen Therapie gilt in noch viel höherem Maße wie von der übrigen Heilkunde, daß die Intuition da eintreten muß, wo unsere Kenntnisse von den Tatsachen Lücken aufweisen. Wie der wissenschaftlichen Analyse der Krankheitssymptome in der Erfassung der kranken geistigen Persönlichkeit als Ganzes ein durchaus synthetischer Akt folgen muß, ehe eine erfolgversprechende Behandlung in die Wege geleitet werden kann, so überwiegt bei der psychotherapeutischen Tätigkeit fast durchweg das künstlerische Moment; aber es ist auch ausschlaggebend für die Kombination der verschiedenen Behandlungsmethoden untereinander und das sensitive Anpassen derselben an die Individualität des Kranken entsprechend den Schwankungen des Krankheitsprozesses.

So bekommt die Besprechung der psychiatrischen Therapie in manchen Teilen einen populärmedizinischen Anstrich, den durch Pseudoexaktheit und falsche Wissenschaftlichkeit zu verdecken sich von selbst verbietet. Aus derselben Quelle fließt eine Schwierigkeit, welche die psychiatrische Therapie ebenfalls mit den Künsten teilt; es ist sehr schwer, präzise und objektiv von ihr zu schreiben und zu reden unter Vermeidung unklarer und vieldeutiger Ausdrucksweise; denn je weniger exakt die Grundlagen sind, um so weiterer Spielraum ist dem subjektiven Ermessen gelassen, um so weitgehender erhält die Darstellung ihre Färbung weniger von den Tatsachen und ihren Folgen, wie von der Subjektivität des Darstellenden und der Art, wie sie sich in seinem Geiste spiegeln.

---



# Prophylaxe.

Der Satz, daß Vorbeugen besser sei als Heilen, sollte eigentlich für die Irrenheilkunde von noch größerer Bedeutung sein, als für die übrige Medizin, in Anbetracht der Schwierigkeiten, welche der Heilung psychischer Störungen entgegenstehen und der Nachteile, die selbst eine im Beginn erstickte Geisteskrankheit für den Betreffenden und seine Umgebung mit sich bringen kann. Aber auch die vorbeugenden Maßnahmen, welche gegenüber der Möglichkeit eines Verfalls in Geisteskrankheit ergriffen werden können und sollen, sind allgemein schwer zu bezeichnen und selten völlig einzuhalten. Und auch, wenn sie verordnet und eingehalten werden, besteht keinerlei Garantie, daß sie ihren Zweck erfüllen. Man kann vielmehr nur im allgemeinen sagen, daß, wenn dieses geschieht und jenes unterlassen wird, die Aussicht psychisch zu erkranken sich vermindert, ohne irgend welche Garantie geben zu können, daß für den Einzelfall die geistige Gesundheit gewahrt bleibt. Denn vieles vollzieht sich hier nach anscheinend unabänderlichen Gesetzen, Zusammenhängen folgend, deren Entstehen und Entwicklung wir nicht kennen und deshalb auch nicht hemmen können.

Das Wesen prophylaktischen Wirkens liegt im allgemeinen umschlossen in dem Bestreben, diejenigen Bedingungen zu vermindern oder auszumerzen, unter welchen Krankheiten entstehen. Von den Ursachen psychischer Krankheit wissen wir aber wenig Eindeutiges, und wo wir sie kennen, sind wir selten imstande, diese Erkenntnis in die Tat umzusetzen.

Unser geistiger und unser körperlicher Charakter, die Disposition oder Konstitution ist das Werk von Reizen, einmal von solchen, welche unsere Vorfahren betroffen haben und von diesen auf uns vererbt worden sind; und dann setzt sie sich zusammen aus der Summe aller derjenigen somatischen und psychischen Eigenschaften, welche das lebende Individuum selbst aufgebaut hat aus all den vorübergehenden Reizen, sei es nützlicher oder schädlicher Natur, die ihr Teil zur Gestaltung seiner Konstitution beigetragen haben, in ihr aufgegangen sind.

Auf diesen aus ererbten und erworbenen Eigenschaften zusammengesetzten Organismus wirken fortwährend neue Eindrücke ein, verschieden nach Qualität und Intensität. Von der Art und Stärke dieser Reize einerseits, der Widerstandskraft des Organismus andererseits hängt es ab, ob und wie sehr sie Schaden stiften.



Die **Prophylaxe** hat demnach zwei Aufgaben: eine zweckmäßige Regulierung der Lebensreize und die Kräftigung der Konstitution, und zwar zunächst der Konstitution im ganzen; denn alles, was den Körper im ganzen stärkt, macht ihn für Krankheiten jeder Art weniger anfällig. Uns aber beschäftigt hier vor allem die Kräftigung eines bestimmten Organs und seiner Funktionen, des die Seelentätigkeiten tragenden Gehirns, während die Wahrung und Stärkung des gesamten Organismus und aller Lebensbedingungen Gebiet und Aufgabe der allgemeinen Hygiene ist.

Die **Konstitution** ist ererbt und erworben; dieselben Lebensbedingungen haben vielleicht auf die Erzeuger eingewirkt und nutzen oder schaden dem Menschen, welcher Objekt unserer ärztlichen Tätigkeit ist. Ein zweckmäßiges Leben der Eltern gibt dem Sohn eine günstigere Position gegenüber den Stürmen seines Daseins. In dieser Hinsicht ist eine getrennte Besprechung nicht nötig und auch nicht möglich.

Bei der Besprechung der Prophylaxe psychischer Krankheiten bleiben demnach zwei getrennte Probleme zu behandeln: Was ist zu tun, um die Erzeugung geistig gefährdeter Nachkommenschaft nach Möglichkeit einzuschränken? Und dann, wie können die Aussichten derjenigen Menschen, welche nun einmal geboren sind, geistig gesund zu bleiben, am besten gewahrt werden?

Ich möchte vorausschicken, daß die einzelnen Punkte, welche hier zu besprechen sind, auch nicht annähernd erschöpfend behandelt werden können. Riesengebiete, über welche Berge von Literatur bestehen, wie das des Alkoholismus, der Geschlechtskrankheiten, der Rassenhygiene, des Schulwesens, der sozialen Probleme usw. können naturgemäß bloß gestreift und in eine gewisse Beziehung zu unserer speziellen Aufgabe gesetzt werden.

Die erste Aufgabe der psychiatrischen Prophylaxe verfolgt das Ziel, von vornherein nur solche Individuen ins Leben treten und den Kampf ums Dasein beginnen zu lassen, welche eine möglichst robuste psychische Konstitution als Erbteil mit in die Welt bringen, um so allen Lebensreizen, auch intensivster und bösartigster Natur, gewachsen zu sein.

Danach sollten sich prinzipiell nur körperlich und geistig gesunde Paare vereinigen. Ehen von geisteskranken oder geisteskrank gewesenen Personen müßten auf alle Fälle verhindert werden. Doch auch leichtere psychische Alterationen, Neurosen, Trunksucht, Verbrechen, wirken belastend auf die Nachkommenschaft, und in diesem Sinne hat **Naecke** vorgeschlagen, eine Skala des prozentual ausgedrückten Heiratsrisikos aufzustellen. Doch wird jeder derartige Versuch immer problematisch bleiben müssen, weil wir die Dignität der verschiedenen belastenden Störungen nicht in bezug auf ihre Schwere werten können.

Man wird zunächst bei den alten Regeln bleiben müssen: wenn auch nur ein Teil psychisch krank ist oder einmal krank war, auf das energischste vom Eingehen einer Ehe abzuraten. Im weiteren, je nachdem die Belastung eine leichtere ist, die Zahl der Krankheitsfälle in der Aszendenz geringer, leichter und ferner ist, die Energie des Abratens zu mildern, wobei die Belastung in den Seitenlinien in die direkte Aszendenz in gemildertem, partiellem Grade umzurechnen wäre. Verwandtenehen innerhalb ganz gesunder Familien hält man jetzt allgemein für wenig bedenklich. In psychopathischen Familien aber be-

deuten sie doppelte Belastung, und zwar, was vielleicht besonders zu bewerten ist, meist gleichsinnige Belastung.

Es wird wohl, wenn Vetter und Cousine aus einer Familie, in der vielfach depressiv-manische Psychosen vorgekommen sind, sich heiraten, die Aussicht für das Kind, zirkulär oder an einer ähnlichen degenerativen Störung zu erkranken, eine größere sein, als, wenn eines dieser Blutsverwandten in eine Familie mit einer prinzipiell anders gearteten Belastung hineinheiratete, überhaupt geisteskrank zu werden. Das möchte ich bei der jetzt vorwiegenden Auffassung über die spezifische Heredität bestimmter Psychosen- und Neurosengruppen annehmen, ohne es allerdings durch Tatsachen stützen zu können. Ich unterscheide dabei als heterogene Belastungsgruppen auf der einen Seite Alkoholismus, Epilepsie und Idiotie und andererseits die depressiv-manische Gruppe zusammen mit Neurasthenie, Hysterie, Melancholie, während die Verblödungspsychosen eine Mittelstellung einzunehmen scheinen.

Im ganzen muß man leider sagen, daß auf diesem Wege die Aussichten, häufigere Erfolge zu erzielen, recht geringe sind. Ein allgemeines Verbot für erblich Belastete die Ehe einzugehen, wäre völlig aussichtslos und auch nicht zu rechtfertigen, da bei leichter und entfernter Belastung die Chancen für die Nachkommenschaft, nur infolge der ererbten Konstitution zu erkranken, nicht sehr große zu sein brauchen.

Auch würde durch ein solches generelles Vorbot ein unverhältnismäßig großer Teil der Menschheit von der Ehe ausgeschlossen werden, da leichtere psychisch-degenerative Störungen außerordentlich verbreitet sind. Dazu kommt, daß neben mancher minderwertigen Nachkommenschaft auch manches eigenartige Talent und Genie ungeboren bliebe, und damit eine bedenkliche Hemmung des geistigen Fortschritts des Menschengeschlechts verursacht werden könnte.

Aber selbst dort, wo direkte, nächste Belastung vorliegt, ja selbst bei nachgewiesener Psychose eines Gatten, werden, wie Naecke sagt, nur besonders gewissenhafte Menschen den ärztlichen Rat befolgen, und sonst werden sich die Klienten an den Ausspruch klammern, daß es ja auch gut gehen kann, und Liebe oder persönliches Interesse werden siegen.

Eine weitere Frage ist die, ob es geboten und zweckmäßig erscheint und ob wir berechtigt sind, und in welchen Fällen wir Veranlassung haben, bei Gefährdung der Nachkommenschaft das Erzielen solcher zu verhindern.

In dieser Richtung wirkt die immer zunehmende Ausdehnung der Anstaltspflege, die andere Ursachen hat, günstig; denn je mehr Geisteskranke in der Anstalt festgehalten und je länger sie da festgehalten werden, eine um so größere Anzahl wird verhindert, Nachkommenschaft zu erzeugen. Man wird dieses Motiv gelegentlich bei Beurlaubung gebesserter, insbesondere verheirateter Geisteskranker mit lebhafter Libido berücksichtigen müssen. Doch dürfte die Wirkung der Internierung Geisteskranker auf die Rassenverbesserung schon deshalb eine nicht sehr erhebliche sein, weil die belastende Wirkung nach Genesung oder in der Remission kaum viel geringer sein wird, als während der akuten Psychose.

Die Einleitung des künstlichen Aborts wird sich zu diesem Zwecke nicht rechtfertigen lassen, da auch bei schwerster Belastung die Aussichten, daß das Kind gesund bleibt oder krank wird, gleich zu gleich stehen dürften, man also von einer sicheren, unabwendbaren Gefahr nicht wird sprechen können.



Anders steht es mit dem sexuellen Präventivverkehr. Wenn es nicht gelungen ist, und es wird meist nicht gelingen, durch Wecken des Verantwortlichkeitsgefühls und den Appell an die ethischen Motive, schwer psychopathische Elemente vom Eingehen der Ehe zurückzuhalten, so bleibt noch die Möglichkeit, die unglücklichen individuellen und sozialen Folgen solcher Ehebündnisse zu verhindern, wenn man diese Ehen künstlich steril gestaltet. Hierzu stehen zwei Wege offen: die Kastrierung des kranken Ehegatten, wozu kaum je die Erlaubnis zu erwirken sein dürfte. Auch ein staatlicher Kastrierungszwang für Geisteskranke, Epileptiker, Verbrecher und Säufer, wie er in Amerika vorgeschlagen worden ist, muß als eine unerfüllbare Utopie betrachtet werden, die auch nur anzustreben, sich schon aus dem Bewußtsein der Unumgrenzbarkeit der davon zu treffenden Kreise von selbst verbietet. Dagegen halte ich die Empfehlung von Präventivmaßregeln bei schwerer direkter Belastung der zu erwartenden Nachkommenschaft nicht nur aus medizinischen, sondern auch aus ethischen Erwägungen für gerechtfertigt. Denn mit der sittlichen Forderung der sexuellen Abstinenz an die Eltern heranzutreten, verspräche noch weniger Erfolg als eine vor der Ehe ausgesprochene Warnung vor dem Eingehen derselben. Die ethischen Bedenken, welche sonst gegen den Präventivverkehr geltend gemacht werden, müssen dann zurücktreten gegenüber der höheren moralischen Pflicht, das Entstehen ab ovo degenerierter Nachkommenschaft zu verhindern.

Es ist auch empfohlen worden, von Staatswegen von den Ehekandidaten ein Gesundheitsattest zu verlangen und daraufhin, wenn eine dringende Gefährdung der Nachkommenschaft sich daraus ableiten läßt, die Erlaubnis zur Ehe zu verweigern. Unsere Kenntnis der hereditären Gesetze ist aber noch zu wenig geklärt, die der Degeneration entgegenwirkenden regenerativen Kräfte zu wenig in ihrer Leistungsfähigkeit abschätzbar, als daß einer so einschneidenden gesetzlichen Maßregel das Wort geredet werden könnte, die überdies, wie alle Eheerschwerungen geeignet wäre, freie geschlechtliche Vereinigungen und damit die Zahl der besonders gefährdeten unehelichen Kinder zu vermehren. Immerhin wäre ein solches Gesetz, vorsichtig und in engem Rahmen gefaßt, noch die am ehesten Erfolg verheißende und daher diskutable Maßregel, um für die zukünftigen Geschlechter von der Seite der Beeinflussung der Vererbung die Disposition für geistige Störungen zu mindern.

Die Nichtbeibringung eines solchen Attestes wird, wenn genügend Aufklärung über diese Dinge verbreitet wird, manchmal den anderen Teil veranlassen zurückzutreten.

Im ganzen bekommt man den Eindruck, daß auf dem Wege der Regulierung der Erblichkeit, einer künstlichen Ausschaltung Ungeeigneter von der Fortpflanzung, aus praktischen Gründen und auch infolge noch unzureichender Erkenntnis vieler ursächlicher Verhältnisse, Zusammenhänge, Wirkungen und Gegenwirkungen, jetzt und in absehbarer Zukunft keine großen Erfolge winken. Der Weg, der uns der geistigen Gesundheit näher bringen soll, wird eine andere Richtung nehmen, einen anderen Ausgangspunkt haben müssen. Die psychopathische Anlage, deren Entstehen wir nicht verhindern konnten, müssen wir im lebenden Individuum bekämpfen, die psychisch Minderwertigen, aus denen sich die Armee der Psychotischen rekrutiert, sind zu stärken und zu kräftigen,

damit sie selbst nicht in Geisteskrankheit verfallen, und nicht gesteigerte, sondern verringerte Psychopathie auf ihre Nachkommen vererben. Wenn wir diese auf das Individuum gerichtete „individuelle" Prophylaxe üben, kämpfen wir gegen die Degeneration, stärken die regenerativen Kräfte der Rasse. Das wäre also eine systematische Stärkung der individuellen körperlichen und geistigen Konstitution von der Geburt ab und zugleich eine Art in die Zukunft projizierter Rassenhygiene.

Die persönliche Prophylaxe deckt sich mit dem Versuch einer Regulierung der Lebensreize, deren Optimum für die Erhaltung der geistigen Gesundheit festzustellen wäre. Es lassen sich hierfür zwar allgemeine Gesichtspunkte aufstellen, doch strenge Gesetze nur in beschränktem Umfange, vor allem kann man keine quantitativen Maße geben, da die Reaktion des Menschen auf Reize verschieden ist je nach seiner Konstitution. Ein Mensch von robuster Gesundheit kann sich vieles zumuten, was schon einen Durchschnittsmenschen ruinieren würde; und wiederum gibt es Schwächlinge, die als normal geltende Reize über die Schwelle der Krankheit werfen, so daß man im Zweifel sein kann, ob solche als ursächlich aufgefaßten Reize für die Entstehung der Krankheit überhaupt von Bedeutung gewesen sind, und es sich nicht um eine spontane Erkrankung, eine solche rein endogener, d. h. hereditärer Natur gehandelt hat.

Überhaupt möchte ich die Regulierung der Lebensreize nicht so verstanden wissen, als ob ängstliche Vermeidung alles dessen empfohlen werden sollte, was die Psyche angreift oder aufregt. Wie auf körperlichem so geht auch auf geistigem Gebiet die Abhärtung vor der Schonung, die richtige Kombination beider Tendenzen gibt für jeden Fall den gewünschten Effekt: das ist das mögliche Maximum an geistiger Widerstandsfähigkeit, die individuell geringste Chance der geistigen Erkrankung. Wie bei allem ärztlichen Handeln läuft es also auch hier auf ein Individualisieren hinaus, und Voraussetzung der prophylaktischen Ratschläge ist eine genaue Kenntnis des Kranken nach Vorgeschichte und Zustand, Körper und Geist.

Man muß hier unterscheiden zwischen dem Bestreben, welches darauf abzielt, einen rüstigen Geist davor zu bewahren, daß er nervös minderwertig werde und auf diesem Wege anfällig für geistige Erkrankung, was in erster Linie durch Abhärtung zu erreichen ist; und zweitens das Bemühen, einen bereits nervösen und minderwertigen vor dem Verfall in Geisteskrankheit zu behüten: hier kommt es mehr auf eine Schonung, Vermeidung von Schädigungen und Gefahren an, wenn allerdings auch hier eine sachgemäße und vorsichtige Abhärtung nicht versäumt werden darf.

Immerhin lassen sich gewisse allgemeine Regeln geben, mit dem Zusatz, daß ihre Befolgung um so notwendiger, ihre Vernachlässigung desto verhängnisvoller sein wird, je minderwertiger Körper und Geist, je psychopathischer die Anlage des Menschen ist, um dessen Wohl es sich handelt. Die meisten Aussichten, auch bei Gefährdeten, wird die zielbewußte Hygiene des Geistes haben, wenn sie von der Geburt oder besser schon früher, „ab ovo" beginnt.

Es wäre also nun die geistige Hygiene der verschiedenen Lebensalter, Geschlechter, Berufszweige und sozialen Schichten zu besprechen.

Ehe ich aber hierauf eingehe, möchte ich ganz kurz die geradezu überwältigende Bedeutung erwähnen, welche gewisse Volksgifte für die psychische

Morbidität aller Lebensalter und Volkskreise beanspruchen dürfen, und deren verderbliche Wirkung sich nicht allein in dem vergifteten Individuum erschöpft, sondern noch durch Generationen hindurch die geistige Gesundheit schädigt. Da ist vor allen Dingen der Alkohol. Er verursacht die vielfältigsten psychischen Alterationen: die alkohologene Psychopathie, Alkoholdemenz, -epilepsie, -hysterie, -paranoia, -wahnsinn, -delir, Korsakowsche Psychose usw. In der nachfolgenden Generation ist er vielfach verantwortlich zu machen für Epilepsie, Idiotie und Imbezillität, psychopathische und kriminelle Veranlagung, Instabilität der verschiedensten Art. Die wesentliche Bedeutung der Alkoholheredität für die Erkrankung an Dementia praecox ist gerade in letzter Zeit mehrfach betont worden. So würde ein großer Teil aller psychischen Erkrankungen vermieden, eine gewaltige Summe degenerativer Veranlagung beseitigt, wenn es gelänge, den Alkoholgenuß oder zum wenigsten den Mißbrauch geistiger Getränke aus der Welt zu schaffen. Es ist gar nicht abzuschätzen, eine wie gewaltige Verminderung der Gesamtmorbidität an psychischen Störungen eine Ausmerzung der Alkoholschäden im Gefolge haben würde; ihre prophylaktische Bedeutung wäre vielleicht größer als die aller übrigen vorbeugenden Maßnahmen zusammengenommen.

Die Bekämpfung des Alkoholismus ist also eine der wichtigsten und dringendsten Aufgaben der psychiatrischen Prophylaxe. Die Mittel und Wege, Methoden und Ansichten, Möglichkeiten und Aussichten der Antialkoholbewegung hier im einzelnen zu besprechen, würde zu weit führen. Es wird sich im Laufe dieser Ausführungen noch mehrfach Gelegenheit ergeben, auf die Alkoholfrage zurückzukommen.

Dem Alkohol nahe an verderblicher Wirkung steht die Syphilis; auch sie ist geeignet, das Individuum psychisch krank zu machen (Metasyphilis, progressive Paralyse) und die Konstitution der Nachkommenschaft zu verderben. Auch die Syphilisbekämpfung ist ein umfassendes Spezialgebiet, für die Psychohygiene von eminenter Bedeutung, aber vom Syphilidologen bearbeitet, nicht vom Psychiater.

Neben der alkoholischen Intoxikation und der syphilitischen Infektion spielen die anderen Gifte nur eine untergeordnete Rolle. Unter diesen Giften verursachen mehr oder weniger häufig psychische Alterationen: das Opium und seine Derivate, insbesondere das Morphium; das Kokain, der Schwefelkohlenstoff, während dem Tabak, Tee, Kaffee weniger eine Psychosen, als eine Neurosen erzeugende Wirkung zugeschrieben werden muß, so daß sie bei der Prophylaxe der Geistesstörungen als nebensächlich behandelt werden können. Ihre schädliche Rolle spielen sie jedoch sicherlich, indem sie die geistige Widerstandsfähigkeit schädigen und im Sinne einer Verschlechterung der allgemeinen psychischen Konstitution wirken, bei dem, der sie im Übermaß genießt, erworbene Psychopathie verursachen oder steigern und in der gleichen Richtung die nächste Generation ungünstig beeinflussen.

Wir Ärzte, die wir ja den Morphinismus und den Kokainismus durch unsere therapeutische Anwendung dieser gefährlichen Heilmittel selbst geschaffen haben, müssen unsere besondere Sorgfalt darauf verwenden, in jedem einzelnen Falle, wo die Anwendung dieser Medikamente angezeigt sein kann, die Gewöhnung des Kranken an das Gift zu vermeiden. Die beiden Vorschriften, die dies ver-

hüten, sind ja allgemein bekannt: völlige Vermeidung des Morphiums bei chronischen, konstitutionellen nicht direkt und in absehbarer Zeit tödlichen Leiden, insbesondere bei der Neurasthenie und der Hysterie; und dann in den Fällen, wo es sich um vorübergehende heftige Schmerzen handelt und wo das Morphium nicht nur berechtigt, sondern auch geboten ist, die Applikation durch die Hand des Arztes oder seines Gehilfen, nie durch den Kranken selbst, auch wenn es sich vermeiden läßt, nicht durch seine Angehörigen. Das sind so bekannte Dinge, daß sie streifen, sie erledigen heißt.

Auch die Bekämpfung der Infektionskrankheiten mag mancher Psychose vorbeugen; ich erinnere nur an die Typhuspsychosen, an die Fieberdelirien aller Art. Dieser Teil der Prophylaxe gehört in das Gebiet der Seuchenbekämpfung.

Für den werdenden kindlichen Organismus ist geistige Ruhe und seelischer Gleichmut der Mutter von Vorteil, doch nicht absolute körperliche Ruhe; die Mutter soll im Gegenteil sich ausgiebig im Freien bewegen. Reizmittel soll sie vermeiden, insbesondere ist Alkohol in jeder Form der Schwangeren zu verbieten, da er auf das Fötalhirn toxisch wirkt. Das ist besonders zu beachten, wenn der Vater Trinker, wenn auch mäßiger Trinker ist, da der chronische Abusus oder Usus spirituosorum der Väter sich für die Nachkommenschaft sicher noch viel verderblicher erwiesen hätte, wenn er nicht durch die mütterliche Enthaltsamkeit oder doch Mäßigkeit meist in seiner Wirkung abgeschwächt würde. Am besten wäre es natürlich, wenn auch der Erzeuger abstinent wäre; doch wird das bei uns noch lange ein frommer Wunsch bleiben. Nach der Geburt ist wie für die Entwicklung aller körperlichen, so auch der geistigen Funktionen das Selbststillen das wichtigste. Nur dringendste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter oder gänzliche Stillunfähigkeit gibt ein Recht, hiervon abzusehen. Für die Zeit des Stillens gilt für die Mutter, von der sich der kindliche Organismus noch nicht ganz selbständig gemacht hat, dasselbe wie für die Gravidität: Gemütsruhe, einfache gute Nahrung, körperliche Bewegung in frischer Luft, keine Gifte, insbesondere kein Alkohol. Dies Verbot des Alkohols gilt für das Kind selbst für seine ganze Jugend bis über die Pubertät hinaus.

Die Hygiene des Kindesalters liegt vor der Schulzeit in den Problemen der Ernährung und der Betätigung umschlossen. Die Nahrung sei gut, reichlich, aber reizlos und vorwiegend vegetarisch. Es dünkt mich ganz falsch, psychopathische Kinder mit viel Fleisch und Eiern zu füttern. Dies könnte zu ungesunder Mast, Selbstvergiftung mit Eiweißtoxinen und bei belasteten Kindern zu vorzeitiger Entwicklung der Sexualität führen. Dagegen sollen die Kinder möglichst viel ins Freie, sich tüchtig herumtummeln, in leichter, derber Kleidung. Kinder können eigentlich nur auf dem Lande sich geistig und körperlich frisch entwickeln, während der Aufenthalt in der Stadt verkümmernd einwirkt; dabei ist für den kindlichen Geist die stete enge Berührung mit der Natur von dem größten Werte. Wie sie mit den Einzelheiten ihrer Umgebung, Tieren und Pflanzen näher vertraut werden, bildet sich der kindliche Verstand langsam, stetig und ohne Überreizung.

Kinder sollen mit Kindern verkehren. Sind sie fast ausschließlich mit Erwachsenen zusammen, so wird die geistige Entwicklung, welche am besten



langsam fortschreiten soll, in ungesunder Weise forciert, und psychopathische, nervöse Erscheinungen, Reizbarkeit und Ermüdbarkeit sind häufige Folgen.

Von dem dritten Lebensjahre ab sollte man kein Kind körperlich züchtigen. Bei geistig normalen Kindern ist körperliche Züchtigung zum mindesten entbehrlich und in der Regel ein Symptom erzieherischer Unfähigkeit; sie schadet, indem sie das kindliche Gemüt hartnäckig und trotzig macht und es unnötigen Affekten aussetzt. Psychopathische Kinder können durch körperliche Strafen, ja allein durch barsche Behandlung nervös erkranken; insbesondere eine latente hysterische Anlage kann hierdurch manifest werden. Ohrfeigen und jeder Insult des Kopfes sind doppelt bedenklich, weil sie, meist im Affekt verabreicht, besonders leicht das schonende Maß vermissen lassen. Eine Komplikation dieser Frage liegt auch darin, daß psychopathische Kinder, bei denen jede Züchtigung unerwünschte Folgen haben kann und für die nur eine Atmosphäre ruhiger und bestimmter, wohlwollender, teils ernster, teils heiterer Festigkeit das anzustrebende geistig hygienische Milieu schafft — daß diese ja recht häufig psychopathische Eltern haben, deren Unausgeglichenheit und Impulsivität sie zu denkbar ungeeigneten ja schädlichen Erziehern macht.

Was bei den Wohlhabenden die Psychopathie und der Hang zu Vergnügungen, das verursacht bei den handarbeitenden Klassen, ohne daß jene Schäden zu fehlen brauchten, die entnervende Frauenarbeit; die abgearbeitet von der Fabrik zurückkommende Mutter, für die es gilt, in der knappen ihr dazu bleibenden Zeit die Haushaltung zu erledigen, beschränkt nicht zu selten ihre Erziehungstätigkeit auf die Verabreichung von Schimpfworten und Püffen, wodurch das Arbeiterkind zu der ungesunden somatischen Lage noch nachteilige psychische Insulte gewinnt und geistige und gemütliche Festigung vermissen muß. Möglichste Einschränkung der Frauenarbeit, Schulung der Frau in der Pflege und Erziehung des heranwachsenden Kindes, die Einrichtung von Kinderhorten sind also auch von unserem Standpunkte aus zu verlangen.

Überhaupt kann der Wert eines harmonischen häuslichen Milieus für die geistige Entwicklung des Kindes nicht hoch genug eingeschätzt werden. Der Geist des Hauses, das Beispiel der Eltern ist viel wichtiger als alle Erziehungsprinzipien, die oft als dürftiges Surrogat angewandt werden, wo der Mutter Takt und Intelligenz zur Heranbildung der Kinder nicht in ausreichendem Maße eigen sind. Auch bei der Erziehung kann das „Gemüt" niemals den fehlenden Takt und die geistige Disziplin ersetzen.

Über die Hygiene der Schule ist in den letzten Jahren viel geschrieben worden, und es läßt sich nicht leugnen, daß die geistige Hygiene dieser Lebenszeit die wichtigste ist. Das wachsende, sich entwickelnde und differenzierende Gehirn bedarf sorgfältigerer Pflege als das fertige und verträgt nicht die Insulte wie das zu voller Entwicklung gelangte. Die Frage ist delikat, und die Schulmänner neigen dazu, sich unberufene Ratschläge zu verbitten und auch uns Psychologen und Psychiater zu den Laien zu rechnen, welche dabei nichts mitzureden hätten. Nun wird es uns nicht beikommen, uns in die Einzelheiten des Schulplans einzumischen, doch kann es uns nicht verwehrt werden, aus unserer Kenntnis der Leistungsfähigkeit des gesunden und kranken Gehirns Ratschläge zu geben und Forderungen aufzustellen.

Es ist doch so, daß ein bestimmtes von der Schule zu erreichendes Ziel postuliert und im Anschluß daran festgestellt wird, wie dieser Schulzweck am besten erreicht wird. Das letztere ist, soweit es sich um normale Kinder handelt, eine überwiegend pädagogische Aufgabe, eine schultechnische Angelegenheit, die zu beurteilen uns Psychiatern die Fachkenntnisse allerdings fehlen. Aber es kann uns das Recht und die Pflicht nicht abgesprochen werden, ein Urteil darüber abzugeben, ob die Aufstellung des Schulplans an und für sich für die geistige Entwicklung des Kindes nicht eine Schädigung bedeute. Handelt es sich um den Erwerb von Kenntnissen, welche eine absolute Notwendigkeit sind, so müssen natürlich auch etwaige Schäden mit in Kauf genommen werden. Die Allgemeinheit hat aber die Frage zu beantworten. ob all das, was in den verschiedenen Schulen gelehrt wird, auch wirklich für das Leben nicht entbehrt werden kann.

Es besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen Volksschulen und höheren Schulen, zwischen dem Bildungsgange des Unbemittelten und des Wohlhabenden. Bei jenem dürfte von einer absoluten geistigen Überbürdung wohl kaum die Rede sein, doch kann eine relative darin liegen, daß die Ernährungs-, Schlaf- und sonstigen allgemeinen hygienischen Verhältnisse eine solche körperliche und geistige Minderwertigkeit des Schülers herbeiführen, daß er den Anforderungen der Schule nicht gewachsen ist. Hier ist also mit allgemein hygienischen Mitteln zu helfen: Verabreichung von Mahlzeiten in der Schule, Schulbädern u. dgl., während die Hauptsache bleibt die hygienische Aufklärung und ökonomische Hebung der Massen. Dazu kommen die Hilfsschulen für Schwachbegabte und die Parallelklassen des sogenannten Mannheimer Systems, die es ermöglichen auch den Minderbegabten ohne geistige Überanstrengung eine in sich abgeschlossene Bildung zu geben. Auf diesem Gebiete sind in den letzten Jahren vom Standpunkte der geistigen Hygiene sehr wertvolle Fortschritte zu verzeichnen gewesen, denen nur die allgemeinste Verbreitung zu wünschen ist.

Der Hauptübelstand liegt aber in den höheren Schulen. Da ist es meine feste Überzeugung, daß die Schüler der höheren Lehranstalten viel zu viel, vor allem zu vielerlei lernen müssen. Wenn in ein kindliches Gehirn 6 oder 7 Stunden am Tag ebensoviel verschiedene theoretische Fächer in buntem Wechsel hineingepreßt werden, wenn diese Kinder dazu noch 1, 2 oder mehr Stunden Hausarbeit zu machen haben, wenn sie diese Arbeit in der Regel 9 bis 10 Jahre lang auf sich nehmen müssen, um irgend eine Berechtigung sich zu erquälen oder zu ersitzen, so ist das ein Unfug, und dessen Tolerierung nur aus der Gewöhnung zu erklären, die den Menschen das Schädlichste und Widersinnigste hinnehmen läßt, wenn es durch jahrzehnte- oder jahrhundertealten Brauch etwas fatumähnliches angenommen hat. Es ist ja nicht in Abrede zu stellen, daß die überwiegende Mehrzahl der Schüler nicht gerade geistig daran zugrunde geht. Aber es ist doch eine ernste Sache, daß die Elite unseres Volkes die besten Jahre ihres Lebens unter einem dumpfen Drucke lebt, was wir deutlich erkennen an dem Gefühl der elementaren Erleichterung nach bestandenem Abiturientenexamen und dem darauf folgenden Drange, sich auszuleben.

Vom psychiatrischen Standpunkt ist dies ständige Arbeiten mit Unlustaffekten besonders zu beanstanden, da bekanntermaßen nicht die Überarbeitung als solche, sondern vielmehr die mit Affekten und vor allem depressiven Affekten



verbundene Arbeit neuropathisch zu machen pflegt. Die Zügellosigkeit der ersten Universitätssemester mit ihrer geistigen Sterilität und ihren hygienischen Gefahren ist eine Kontrastwirkung des Gymnasialzwangs und eine Bestätigung, daß er als ein Druck auf der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Schüler gelastet hat.

Vom Standpunkt der geistigen Hygiene ist eine wesentliche Verkürzung des theoretischen Unterrichts anzustreben. Es müßte sich ein Weg finden lassen, um durch Ausmerzung alles nicht unbedingt nötigen Wissensballastes diesen theoretischen Unterricht in der Hauptsache auf die Vormittagsstunden zu beschränken; die Nachmittage wären durchaus nicht frei zu geben, sondern in demselben Umfang, wie sie jetzt für die theoretischen Fächer verwendet werden, zu täglicher, systematischer Ausbildung des Körpers auf dem Wege der Spiele im Freien, des Sports und der Gymnastik zu verwenden. Das Einschieben einiger Turnstunden genügt nicht, kann sogar nachteilig wirken, indem es eine gesteigerte Ermüdung schafft. Die körperliche Betätigung darf nicht zu der geistigen hinzukommen, sondern muß zu einem großen Teil an deren Stelle treten.

Ein derartig umgestalteter Schulplan würde den Schüler dazu bringen, mit Freude die Schule zu besuchen, und eine Hauptquelle der Psychopathie fiele weg.

Ich kann mir keinen anderen Weg denken, auf dem ein körperlich und geistig gesundes, aufrechtes Geschlecht herangezogen oder wenigstens die Grundlage für seine Heranbildung gelegt werden könnte. Die Befürchtung, daß durch solche Veränderungen im Schulwesen das Bildungsniveau gedrückt würde, teile ich nicht, hoffe vielmehr das Gegenteil. Die Fülle von Banausentum, die man gerade in den akademisch gebildeten Ständen trifft, hat vielleicht nicht ihre geringsten Motive in dem in den höheren Schulen verursachten Widerwillen gegen große Gebiete der Allgemeinbildung. Mit dem Ausspruch „Wissen ist Macht" wird Mißbrauch getrieben. Kenntnismassen sind Ballast, soweit sie nicht geistig verarbeitet, in Persönlichkeit und Weltanschauung aufgelöst, umgestaltet und assimiliert sind. Es ist ja manches getan auf dem Wege nach dem hier skizzierten Ziele, doch gewinnen wir nur dann ein geistig gesundes Geschlecht, wenn ganze Arbeit gemacht wird. Und wir müssen hier vorwärts, wenn wir nicht gegen andere Nationen, insbesondere Engländer und Amerikaner, ins Hintertreffen kommen wollen.

Dabei soll nicht einer bloßen Nachahmung des englischen Erziehungssystems das Wort geredet werden, wenn auch vor allem das Verhältnis zwischen Lehrer und Schüler in England, wobei jener in diesem immer den jungen „gentleman" sieht und ihn dadurch zu einem offenen und aufrechten Menschen erzieht, als vorbildlich zu betrachten ist. Eher könnte man von einem „hellenischen" Ideal harmonischer Ausbildung von Geist und Körper sprechen. Wenn dann auch weniger „Positives" geleistet wird, wobei unter Positivem immer nur theoretische Kenntnisse verstanden werden, so wäre das durchaus kein Unglück. Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper — das wäre das wahre Erziehungsideal und würde uns eine geistig rüstige Jugend schaffen!

Für Mädchen gelten im allgemeinen die gleichen Grundsätze. Hier wird in mancher Beziehung noch mehr gesündigt.

Besonders bedenklich und psychisch schädlich sind die Examina, wegen





ihrer Kombination von Überarbeitung mit Angstaffekten, von denen das Lehrerinnenexamen sich des schlechtesten Renommees erfreut.

Wenn die Schule den heranwachsenden jungen Menschen nach der Möglichkeit der in ihm schlummernden Anlagen geistig und körperlich entwickelt hat, und der Volksschüler als Lehrling oder jugendlicher Arbeiter in das Leben eintritt, so bedürfte es weiteren Schutzes und besonderer Lehre, um seine geistige Rüstigkeit vor Schaden zu bewahren. Die Fortbildungsschule dürfte der richtige Ort sein für hygienische Aufklärung über die Gefahren des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten und für die Pflege des Körpers; Turnspiele und Sport aller Art wären wie in den höheren Schulen regelmäßig, täglich zu betreiben; die Zeit würde ja nicht fehlen, wenn sie aus Verkürzung der Arbeitszeit und vor allem völliger Fernhaltung vom Kneipenleben gewonnen würde. Der Unfug frühzeitigen Kneipenlaufens bringt auch oft dem Gymnasiasten der oberen Klassen folgenschweren geistigen und körperlichen Schaden. Da durch drakonische Verbote erfahrungsgemäß nichts erreicht wird, so muß eine sachgemäße Aufklärung über die Schäden des Alkohols in den höheren Schulen spätestens in Untersekunda mit allem Nachdruck gegeben werden. Dazu ist allerdings nötig, daß die Lehrer sich über diese Frage so eingehend unterrichten, daß sie sie annähernd beherrschen oder zum mindesten ihren Ernst begreifen lernen. Hier handelt es sich wirklich um einen wesentlichen Teil menschlicher Erziehung, einen unersetzlichen Teil dieser Erziehung. Die gründliche Aufklärung über die Alkoholfrage und über die Geschlechtskrankheiten kann allein helfen, während moralisierende Warnungen in den Wind geredet sind. Durch sie muß auch das jeder geistigen Hygiene spottende Verhalten weiter Kreise des Studententums gebessert werden, es muß Abscheu erweckt werden vor dem Trinken als Selbstzweck, das die Gesundheit schädigt und den Geist verödet.

Hier ist ja schon sehr vieles besser geworden und sportliche Übungen haben den Alkoholkonsum in weiten studentischen Kreisen zurückgedrängt. Es bleibt aber noch vieles zu tun, und Komment und Trinkzwang müssen als eines gesitteten Menschen unwürdig so schnell als möglich völlig verschwinden.

Eine entsprechende Aufgabe fiele den Kadettenanstalten für die Ausbildung des Offizierskorps zu.

Auch während der Militärzeit könnte in dieser Richtung noch viel energischer gewirkt werden; es müßte ein integrierender Teil der ihr gestellten Aufgabe sein, denn jede Zurückdrängung des Alkoholgebrauchs hebt die Wehrfähigkeit des Volkes. Voraussetzung für eine wirksame Bekämpfung des Alkoholismus während der Militärzeit wäre aber zweierlei: einmal Schaffung von Erholungshäusern, Mannschafts- und Unteroffiziersheimen ohne Alkoholzwang, womit vielversprechende Anfänge gemacht worden sind, und vor allem Verständnis des Offizierskorps für diese Frage und damit das lebendige Beispiel der militärischen Vorgesetzten.

In die Periode des Besuchs der höheren Schulen respektive der Fortbildungsschule fällt die Pubertätsentwicklung des heranwachsenden Menschen. Eine sehr gefährliche Episode, welche für die psychische Gesundheit von weitgehendster Bedeutung ist. Vermeidung des Alkohols, ausgiebige körperliche Betätigung sind am ersten geeignet ihre Gefahren zu mildern, ein zu frühzeitiges und stürmisches Hervortreten der Sexualität hintanzuhalten.



Die psychiatrische Prophylaxe wird auf sexuellem Gebiete Offenheit verlangen müssen, den Bruch mit der Geheimniskrämerei, die gerade bei heranwachsenden Kindern so gefährlich ist, mit ihren Gefahren einerseits der unzweckmäßigen Aufklärung, der Freude am Verbotenen und Lüsternen und dem besonders für Mädchen bedenklichen Bewußtheitszustand des Mystisch-sexuellen, und auf der anderen Seite der Onanie. Eine Besserung erscheint nur möglich auf dem Wege einer vorsichtigen taktvollen Aufklärung an der Hand der Fortpflanzungsvorgänge bei Pflanzen und Tieren und einer Gewöhnung zu harmlosem Verkehr der Geschlechter untereinander. Es versteht sich von selbst, daß wir auch hierin kein Allheilmittel haben, daß mit größter Vorsicht vorgegangen werden muß, daß eine Bekämpfung des Schmutzes in Wort und Bild damit parallel gehen muß. Doch verspreche ich mir von letzterem keinen sicheren Erfolg, da es an Gelegenheit zu sexuellen Emotionen dem dafür Empfindlichen auch bei rigorosester Sittlichkeitspolizei nicht fehlen wird.

Von entscheidender Bedeutung wäre auch hierfür eine Umgestaltung der Jugenderziehung im Sinne einer auf gesundheitsgemäße Entwicklung und Übung des Körpers und auf Stählung des Charakters gerichteten Ausbildung; hierdurch sollte die Neigung zu Träumereien und ungesund wuchernder Phantasietätigkeit zurückgedrängt, der Geist auf Tatsächliches und auf zielbewußtes Handeln hingelenkt und instinktive Abneigung gegen häßliche und schlechte Vorstellungen erweckt werden.

Bei den wohlhabenden Ständen führt der Bildungsgang in der Regel aus der Elementarschule über die Mittelschule zur Hochschule, bei den unteren über Lehr- und Gesellenzeit, respektive über die Periode des jugendlichen Arbeiters und die Militärzeit in die Lebenshöhe, die bei letzterem zusammen mit der Verheiratung wohl meist schon in der ersten Hälfte der zwanziger Jahre, bei dem Gebildeten später, oft viel später erreicht wird. Diese große Verschiedenheit des Lebensganges und damit der geistigen Entwicklung bedingt natürlich grundverschiedene Schädlichkeiten und in deren Folge andere psychohygienische Postulate. Der Arbeiter wird früher freigegeben; mit 14 Jahren ist er so gut wie selbständig, denn die Familienbande, sofern sie überhaupt noch halten, binden wenig bei der erlangten ökonomischen Selbständigkeit. Seine Gefahrenkurve steigt also zeitiger an, als die des Gebildeten, und in der Tat müssen alle Bestrebungen, ein körperlich und geistig gesunderes Geschlecht in den breiten Massen zu sichern, in dieser Periode zwischen Schulentlassung und Militärzeit einzugreifen versuchen. Es ist die Zeit der Verrüpelung und Verlotterung, dadurch bedingt, daß junge Menschen, ohne die nötige geistige Reife und innere Selbstzucht erworben zu haben, eine Freiheit erhalten, die sie meist nur zum Unzweckmäßigen gebrauchen können. Dazu kommt der frühzeitige Alkoholismus, viel zu frühe sexuelle Ausschreitungen, Anfüllung der unreifen Köpfe mit politischen und sozialen Wirtshausphrasen; die Entwicklung des Intellekts steht still oder geht zurück, die Triebe wachsen und werden ungezügelt losgelassen. Es entsteht der Typ des halbwüchsigen Rowdys, den wir ja alle kennen. Eine Therapie wäre nur möglich durch Zügelung der Triebe und Hebung des Intellektes. Also Beschränkung der Freiheit und geistige, intellektuelle und ethische Fortbildung. Man müßte eine organische Verbindung herstellen zwischen der Zucht der Schule und der Militärzucht.

Anfänge sind vorhanden in der Pfadfinder- und Wandervogelbewegung, allerdings in ganz ungenügendem Umfang. Jünglings- und Gesellenvereine wirken auch vielfach in dieser Richtung günstig.

Vorschläge bewegen sich auf sozialpolitischem Gebiet und müssen, von dem auf diesem Gebiet wenig bewanderten Psychiater ausgesprochen, dilettantisch sein. Ich denke mir: obligatorische Beschränkung der Arbeitszeit der Jugendlichen, dafür täglichen Fortbildungsunterricht, abwechselnd mit körperlicher Ausbildung, die dem Militärdienst vorzuarbeiten hätte. Hier hätten sich Lehrer und Offizier die Hand zu reichen, die Schule könnte dem Heer ein ganz anders und besser vorbereitetes Rohmaterial übergeben, so daß sich die militärische Ausbildung leichter, dankbarer und vielleicht auch in kürzerer Zeit verwirklichen ließe. Man könnte auch daran denken, ein Jahr oder ein Halbjahr der Militärzeit auf die Jahre zwischen Schule und Heer zu verteilen, in Form von jährlichen, mehrere Wochen dauernden Übungen, die in gesunder Gegend, in Baracken, unter Alkoholabstinenz vorzunehmen und in erster Linie Schulung des Körpers, aber auch geistige und sittliche Erziehung des Schülers zum Ziele haben müßten. Es spricht nichts dagegen, an diesen Übungen auch die Schüler der mittleren und höheren Schulen teilnehmen zu lassen. Bei diesen, vielleicht phantastisch klingenden aber gewiß nicht utopischen Vorschlägen leitet mich der Wunsch, ein Band herzustellen zwischen Schule und Militärzeit, dieser zweiten wichtigen Schule, die Schäden der Zwischenzeit zu vermindern und die mehrfachen jähen Übergänge in der Lebensführung zu vermitteln.

Diese brüsken und psychisch schädlichen Übergänge sind: von der Kindheit zur Schule; von der Schule zum freigegebenen jugendlichen Arbeiter, respektive zur Universitätszeit; schließlich die Einziehung zum Militär. Auch bei dem weiblichen Geschlecht sollte der Übergang zum Beruf als Hausfrau und Mutter besser vorbereitet werden.

Mannigfach sind die Insulte, welche den Mann und die Frau der vollentwickelten Lebenshöhe treffen und psychisch schädigen können. Wenn wir von den eigentlichen Berufsschäden absehen, die zu besprechen Sache der Berufshygiene ist, so ist vom psychiatrischen Standpunkt alles zu befürworten, was den Kampf ums Dasein mildert, was die durch die steigende und sich immer mehr komplizierende äußere Kultur, insbesondere die ungeahnten technischen Fortschritte des letzten Jahrhunderts und die größeren Lebensansprüche auch der Massen vermehrten Spannungen zwischen Bedürfnis und Bedürfnisbefriedigung herabsetzt (Lamprecht, nach ihm Hellpach). Der extreme Individualismus, wie er bis zur Jahrhundertwende geherrscht hat, wirkte psychisch besonders ungünstig, da jeder nur auf sich selbst gestellt, sich in erbittertem Kampf um seine soziale Position und sein Vorwärtskommen aufrieb und dadurch seine psychische Konstitution schwächte. Denn Alleinverantwortlichkeit ist das psychisch aufreibendste, während Kollegialverantwortlichkeit die psychischen Kräfte schont. Die Organisationen der Arbeitgeber wie der Arbeitnehmer verteilen die Verantwortlichkeit für die Entschließungen, sie geben Rückhalt in den Mitkämpfern und mit der sozialen auch mehr psychische Stabilität. So ist das Verhandeln von Verband zu Verband, das Ersetzen der Lohnkämpfe durch Tarifverträge auch eine psychiatrische Forderung. Auch körperliche und geistige Not des Einzelnen wird durch den Rückhalt an gleichgestellten

Berufsgenossen ihrer schärfsten Spitzen entkleidet. Im übrigen muß für die Arbeiterkreise im allgemeinen eine Verbesserung der Lebenshaltung, besonders der Frauen und Kinder gefordert werden.

Mit Lohnerhöhungen ist aber nicht alles getan. Es muß über die verfügbaren Mittel richtig disponiert werden, der Mann darf nicht zu viel vertrinken und die Frau muß wirtschaften können. Von weittragendster Bedeutung ist die Wohnungsfrage. Ich erinnere auf diesem Gebiet an die Probleme des Arbeiterfamilienhauses, der Gartenstadt, der bequemen und billigen Verbindung der Vororte mit den Industriezentren. Von großer Wichtigkeit ist die Verkürzung der Arbeitszeit, wenn sie zur Gartenpflege verwendet und nicht zum Wirtshausbesuch mißbraucht wird.

Daß der Industriearbeiter außerhalb seiner eigentlichen Berufsarbeit Gartenpflege treibe, ist auch insofern eine wesentliche psychohygienische Forderung, als hierdurch der durch die industrielle Entwicklung hervorgerufenen Monotonie seiner teilweise fast automatischen Tätigkeit entgegengewirkt wird; gerade die extreme Spezialisierung, welche dem Arbeiter die Freude am fertigen Ergebnis raubt, wie sie der Handwerksgeselle hatte und noch hat, ist eine Hauptursache seiner Berufsnervosität. Die im Gemüsegarten angewandte Zeit verbessert Gesundheit und Ernährungsverhältnisse der Familie; dieselbe Zeit im Wirtshaus verbracht verschlechtert beides. Auch die Kinder kommen so in den Garten und nicht auf die Straße mit ihren schädlichen somatischen und psychischen Insulten.

Eine gesundheitsgemäßere Gestaltung der Vergnügungen ist fast so notwendig wie eine solche der Arbeit. Auch hier ist der Alkohol der Hauptfeind. Für den überwiegenden Teil unseres Volkes gibt es kein Vergnügen, ohne dabei zu trinken. Ein solches Vergnügen ist aber nur eine weitere Schädigung. Wir müssen also den Massen Vergnügungen schaffen, die zugleich Erholung sind: Volksspielplätze, Volksvorstellungen, Volksbibliotheken. Am wesentlichsten ist aber die Sorge für gute, billige, gesunde Wohnungen, da hierdurch allein der Arbeiter dem Wirtshaus, welches andernfalls für ihn das psychisch erfreulichere und komfortablere Milieu darstellt, entfremdet werden kann.

Es genügt nicht, gegen die alkoholischen Vergnügungen zu wettern und andere zu empfehlen, ja nicht einmal solche zu schaffen und anzubieten. Erfahrungsgemäß wird doch wenig Gebrauch davon gemacht. Es müßte eine systematische, von langer Hand vorbereitete Umbildung der Volkspsyche, des Volksgeschmacks vorausgehen, eine Arbeit, welche Aufgabe von Schule, Fortbildungsschule, Militärzeit, aber auch vor allem der Arbeiterorganisationen, der Gewerkschaften und Gesellenvereine wäre. Denn Erfolge sind nur zu erwarten, wenn nicht von oben herab „ex cathedra“ sondern unter werktätiger Mitarbeit der strebsamen und intelligenten Mitglieder des Arbeiter- und Bauernstandes selbst vorgegangen wird. Es wird nur langsam gehen, da es sich nicht um Reformen, sondern um eine Umbildung der gesamten Kulturverhältnisse handelt.

Ausschlaggebend ist auch das Beispiel der akademisch Gebildeten. Man denke nur, in umgekehrter Richtung, an den destruktiven Einfluß der Studentenverbindungen auf Kaufmannsgehilfen in Universitätsstädten. Da liegt erst recht noch vieles im argen.

Die Morbidität der Frau ist vielfach bedingt durch die Folgen gehäufter Geburten und schwerer Arbeit, unter mangelhaften Ernährungs- und Erholungs-

bedingungen. So besteht ein Interesse an der Einschränkung der Frauenarbeit, an der Rettung der Frau für die Familie. Vieles wäre besser, wenn die Arbeiterfrauen verständen, gut, schmackhaft und sparsam zu wirtschaften und zu kochen. Daß die Frau ins Haus gehört, oder zum mindesten soviel Zeit übrig behält, um für Hauswesen und Kinder zu sorgen, ist in gewissen Sinne auch eine psychiatrisch begründete Forderung.

Auch das moderne Problem einer immer größeren Ausdehnung der der gebildeten Frau zugänglichen Berufe hat vielfache Beziehungen zur Psychohygiene und psychischen Morbidität. Soweit der Konkurrenzkampf dadurch verschärft, die Löhne gedrückt werden, wird das männliche Geschlecht geschädigt. Für unverheiratete und viele verwitwete Frauen liegt in der Wahl eines Lebensberufs eine notwendige und erfreuliche Entwicklung, denn nichts ist schlimmer als das beschäftigungslose Verkümmern der mit dem deprimierenden Gefühl der Überflüssigkeit alternden Jungfrau. Aber es besteht doch die nicht zu leugnende Tatsache, daß die Frau wie körperlich so auch geistig mit einer weniger widerstandsfähigen Konstitution begabt ist, als der Mann und also bei der gleichen Belastung eher zusammenbricht. Nur geistig und körperlich robuste Mädchen sollten psychisch anstrengende, insbesondere akademische Berufe wählen. Dem weiblichen Geschlecht adäquater und psychisch schonender sind die Berufsarten, welche in einer gewissen verwandtschaftlichen Beziehung zu der häuslichen Tätigkeit stehen, das Tätigkeitsgebiet der Wirtschafterin, Hausbeamtin o. dgl. Dem steht aber bei vielen der soziale Ehrgeiz entgegen. Es ist das gleiche Motiv, welches zahllose mit einer schwachen Konstitution oder mangelhaftem Intellekt begabte Sprößlinge sozial höherstehender Familien durch höhere Schulen und Universitätsstudium in Berufe treibt, welchen sie geistig nicht gewachsen sind. Welche Fülle von Qual und von psychischem Zusammenbruch kennen wir als die Folgen dieses sozial und hygienisch unzweckmäßigen Geschehens! Auch ein großer Teil der Schülerselbstmorde hat hier seine Wurzel. Eine Besserung ist nur von einer Umbildung der Auffassungen über gesellschaftliche Wertigkeit zu erhoffen; vor allem muß man auch in Deutschland lernen, jeden anständigen und tüchtigen Arbeiter jeden Standes gesellschaftlich als „gentleman" zu betrachten.

Eine weitere Forderung für die geistige Gesundheit der Frau ist die Bekämpfung der Geburtsschäden; denn Schwangerschaft, Geburt und Laktation spielen in der Ätiologie der Geisteskrankheiten der Frau eine ähnlich große Rolle, wie der Alkoholismus beim Manne. Neben einer ausgiebigen Schonung der Schwangeren und Wöchnerinnen wäre bei der besonderen Schädichkeit gehäufter Wochenbetten auch einer gewissen zeitlichen Begrenzung in der Aufeinanderfolge der Geburten das Wort zu reden. Dadurch brauchte die Volksvermehrung nicht gerade beeinträchtigt zu werden, da bei sehr zahlreichen rasch aufeinander folgenden Geburten in Arbeiterfamilien in der Regel doch nur eine Minderzahl der Kinder am Leben zu bleiben pflegt, ohne daß dabei eine natürliche Auslese der Kräftigsten stattfände. Eine wohlorganisierte Säuglingsfürsorge wäre die notwendige Ergänzung und auch an sich ein erheblicher Gewinn. Der Verschleiß an Frauenkraft wäre geringer, die Resultate, was die Qualität der am Leben bleibenden Kinder angeht, sicherlich viel erfreulicher.

Neben der Zeit der Pubertätsentwicklung ist das Rückbildungsalter,

insbesondere das Klimakterium, aber auch das Greisenalter eine besonders gefährdete Lebensperiode. Hier, wo mit der körperlichen auch die geistige Spannkraft nachzulassen pflegt, ist größere Schonung und Vorsicht in der gesamten Lebensführung vonnöten. Auf körperlichem Gebiet ist alles zu vermeiden, was die Verkalkung der Gefäße befördert, vor allem reichlicher Alkoholgenuß. Den in diesem Alter vorzugsweise auftretenden depressiven Störungen wird am besten vorgebeugt durch Anpassung der Arbeit an die veränderte Konstitution. Dem Ehrgeiz sind Zügel anzulegen und die Ziele auf das Mögliche zu beschränken. Andererseits ist auch zu frühzeitiges Zurücktreten von der Berufsarbeit oft von Übel. Ein krampfhaftes Anklammern an die entschwindende Jugend bringt vor allem das weibliche Geschlecht in heftige innere Konflikte und schadet der psychischen Konstitution. Für die Psyche des Rückbildungsalters eignet sich einzig eine abgeklärte Resignation, die sich bewußt auf das Erreichbare beschränkt. Dabei ist durch mäßige Beschäftigung, leichten Sport und beschauliche Vergnügungen Körper und Geist frisch zu erhalten.

Leider ist es ja nicht möglich, die vielfachen Schädigungen, den Haß der Minderbemittelten, den Konkurrenzkampf, den Ehrgeiz, die Trauer und Verzweiflung dessen, dem sein Vorhaben mißlang, die Kränkung des Zurückgesetzten aus der Welt zu schaffen. Ja es ist nicht einmal zu wünschen. Kampf gehört nicht nur zum Leben, er ist auch nötig zum gesunden geistigen Leben, auch politischer Kampf und Kampf der Meinungen in den Wissenschaften; aus Anstrengungen und Affekten steigert sich die Kraft. Erstrebenswert wäre jedoch, daß alles Exzessive vermieden werde, ebenso wie zwecklose Vergeudung, daß die äußerste Kraft nur eingesetzt werde für Dinge, die es wert sind, nicht für Narrheiten und Schlechtigkeiten. Wir müssen dahin streben — und das ist eine ärztliche, schulärztliche, psychiatrische Aufgabe — daß die Last zweckmäßiger auf die Schultern verteilt werde, durch sorgfältige psychische Analyse des sich entwickelnden Menschen und durch Auswahl des geeigneten für den adäquaten Beruf. Hier liegt eine große und aussichtsvolle Aufgabe. Die Übel in der Welt können wir nicht wegschaffen, vielleicht langsam mindern, nicht mehr; aber wir können die Last, die doch einmal getragen werden muß, so einteilen, daß die Menschheit unter ihr weniger stöhnt, daß immer wenigere unter ihr psychisch zusammenbrechen.

Es gibt andererseits auch positive Dinge, die den Menschengeist stärken und tragfähiger machen. Dahin gehört die Pflege einer heiteren Geselligkeit, die nicht schwül ist und nicht aufreibt, die in engster Beziehung mit der Natur, mit Energie das ausmerzt, was wir Großstadtvergnügungen, Nachtleben, offizielle Geselligkeit, über die Verhältnisse gehende Repräsentation u. dgl. nennen; die Freude an der Natur, die Pflege des Körpers in Sport und Spiel bietet Ersatz, die Kunst nur mit großer Einschränkung. Dekadente Kunst, die bildende sowohl wie die Literatur, ist dem Gefährdeten schädlich, besonders in den Entwicklungsjahren, vor allem wenn sie sexuelle Motive behandelt, am meisten bei lenksamen Naturen. Eine gesunde, naturwüchsige oder harmonisch ausgeglichene Kunst werden wir auch dem Psychopathen als Ersatz für schädliche Vergnügungen empfehlen.

Ein schlimmes Moment der psychischen Instabilität des modernen Menschen, nicht nur des Gebildeten, auch des Arbeiters, ist das so weit verbreitete Fehlen

einer gefestigten religiösen Überzeugung. Wem es nicht zweifelhaft ist, daß ein Leben ohne religiöse Grundlage der klaren, sicheren Führung entbehren muß, der muß es als eine Notwendigkeit bezeichnen, daß den Millionen, die den Zusammenhang mit jedem Glauben verloren haben, wieder ihr Zusammenhang mit dem Unendlichen und der Zweck ihres Daseins erleuchtet werde. Daß diese oder jene Religion den einzelnen nicht davor schützt, in geistige Störung zu verfallen, sehen wir Psychiater alle Tage. Auch religiöse Überspanntheiten haben schon bei manchem die geistige Gesundheit untergraben, wenn sie auch häufiger die Folge wie die Ursache psychischer Störung sind. Bekannt sind die Gefahren des Sektenwesens für die psychische Gesundheit. Sicherlich ist aber eine feste religiöse Überzeugung ein solch wertvolles Fundament psychischer Stabilität, beseitigt in solchem Maße unnötige Spannungen und macht psychische Energien frei zu wertvoller und reicher Betätigung, daß wir vom Standpunkt der psychischen Hygiene aus uns der Sehnsucht der Zeit nach religiöser Befriedigung nicht versagen werden anzuschließen.

---

# Die Unterbringung der Geisteskranken.

Die Frage ob Krankenhausbehandlung oder Behandlung in den häuslichen Verhältnissen spielt in der Psychiatrie eine erheblich größere Rolle als in der übrigen Heilkunde. Während bei körperlichen Krankheiten die Behandlung in der Familie als Regel, im Krankenhaus als Ausnahme anzusehen ist, liegen die Umstände bei den Geisteskrankheiten umgekehrt, indem hier nur ausnahmsweise eine Behandlung in der Familie möglich ist, abgesehen von den Fällen besonders guter finanzieller Situierung oder bei ganz leichten Anfangs- und Ausgangszuständen. So wenigstens bei ausgesprochener Geisteskrankheit, auf deren Therapie ich mich beschränke. Anders steht es mit den Grenzzuständen, den Psychoneurosen. Auf die organisierte Familienpflege wird besonders einzugehen sein. Es kommt dazu, daß die Verbringung in eine Irrenanstalt einen folgenschweren Eingriff in das Leben und in die Zukunft des Erkrankten bedeutet, wegen der damit verknüpften Vorurteile und der daraus resultierenden sozialen Schädigungen für den Fall der Wiedergenesung. Wir mögen das bedauern, wir müssen versuchen, dies Vorurteil, das sich nicht nur bei der Masse der Ungebildeten findet, sondern sich tief in die Schichten der Gebildeten hinein erstreckt, zu mildern, zu beseitigen — aber solange es besteht, müssen wir damit rechnen.

Die Verbringung eines Kranken in die Anstalt kann absolut notwendig sein, sie kann aber auch aus Gründen der Zweckmäßigkeit erfolgen. Die Notwendigkeit sowohl wie die Zweckmäßigkeit hängt aber nicht allein von dem Zustande des Kranken ab, für den gesorgt werden soll; sie ist auch abhängig von seiner Umgebung, deren sozialer Lage, Intelligenz, gutem Willen, Beruf, Wohnung usw. Bei sehr reichen Leuten, hochstehenden Persönlichkeiten kann man unter Umständen auch bei den schwersten und gefährlichsten Störungen von einer Internierung in einer Anstalt absehen, wenn anstaltsähnliche Verhältnisse in der Häuslichkeit geschaffen und weitergeführt werden. Harmlose, aber einer gewissen, wenn auch noch so geringen Aufsicht bedürftige Kranke können der staatlichen Fürsorge dauernd anheimfallen, wenn ihre häuslichen Verhältnisse allzu dürftige sind, oder Angehörige ganz fehlen.

Es ist auch ein wesentlicher Unterschied zwischen den Verhältnissen der Großstadt und denen der Kleinstadt oder des Dorfes. Die Toleranz, selbst störenden Geisteskranken gegenüber, ist in ländlichen Verhältnissen naturgemäß viel größer als in den engen und komplizierteren der Großstadt mit ihren mehr-

stöckigen Mietswohnungen und dem lebhaften Verkehr; die Anforderungen an den einzelnen Bewohner wie die Reibungsmöglichkeiten erscheinen da erheblich gesteigert.

Abgesehen von diesen aus den Verschiedenheiten des Milieus resultierenden, subjektivem Ermessen unterliegenden Schwierigkeiten ist die Entscheidung, ob Anstaltspflege notwendig ist, relativ leicht gegenüber der, ob sie, bei fehlender Notwendigkeit, aus Gründen der Zweckmäßigkeit zu empfehlen sei. Neigung zu ärgerniserregenden, ruhestörenden, gemeingefährlichen Handlungen, zu Selbstmord, zu großer Unsauberkeit verlangen im allgemeinen gebieterisch die Anstaltspflege; also — mit Ausnahme der Selbstgefährlichkeit — vorwiegend soziale Gründe, in Parallele zu setzen mit der zwangsweisen Internierung von an ansteckenden Krankheiten Leidenden. Hier geht das allgemeine Interesse vor demjenigen des betroffenen Einzelnen, und selbst wenn dieser durch die Verbringung in eine Anstalt eine Schädigung sozialer oder selbst persönlicher Natur erleiden sollte, wird er, werden seine Angehörigen sich fügen müssen.

Anders und viel komplizierter gestaltet sich die Entscheidung, wenn nicht die Rücksicht auf die Allgemeinheit, die nähere oder weitere Umgebung des Kranken, ausschlaggebend ist, sondern das Behandlungs-, das Heilinteresse. Auch der Kranke selbst ist daran interessiert, daß er nicht andere schädigt, sein Vermögen vergeudet, seine Familie und damit auch sich selbst kompromittiert. Hier ist aber nicht dieses Interesse gemeint, sondern vielmehr die Tendenz wieder gesund, möglichst schnell gesund zu werden. Die Überlegung und der auf ihr fußende ärztliche Rat wird noch dadurch erschwert, daß wir den Wert der Anstaltsbehandlung für die Verbesserung der Genesungschancen gegenüber der häuslichen Pflege weder im allgemeinen, noch viel weniger im einzelnen Fall mit Sicherheit bestimmen und als sicheres Gewicht in die Wagschale werden werfen können. Die Anstaltspflege mildert den Verlauf der meisten schweren Psychosen, sie verhindert das Auftreten mancher unangenehmer und exzessiver Symptome, wahrt in weitgehendem Maße die Menschenwürde des Kranken, sie sichert ihm eine sachgemäße und humane Pflege — aber ob sie sicherer und schneller heilt, wer möchte das unbedingt bejahen? Man nimmt ja im allgemeinen an, daß die Aussichten auf Genesung des Geisteskranken um so günstiger seien, je früher und frischer der einzelne Fall in Anstaltspflege kommt, und manche Erfahrungen machen mich geneigt zuzugeben, daß es häufig tatsächlich so ist. Oft hat man aber wieder den Eindruck, als ob die Psychosen ganz prädestiniert verliefen, wie sie wollten, unter irgendwelchen Verhältnissen, häuslichen oder denen der Anstalt. Die Vielgestaltigkeit der Psychosen, die Verschiedenheit der einzelnen Anfälle selbst periodischer Psychosen, lassen die größte Skepsis geboten erscheinen.

Die Frage ist deshalb so schwer zu entscheiden, weil man wohl bei den meisten psychischen Erkrankungen eine Generalprognose in dem Sinne stellen kann, ob eine mehr oder weniger vollständige Wiederherstellung zu erwarten sei oder nicht; selbst das ist oft unsicher. Aber eine Spezialprognose in dem Sinne, wie langdauernd, wie schwer eine psychopathische Attaque verlaufen wird, zu formulieren, ist fast immer ein Ding der Unmöglichkeit; es bleibt also immer unsicher, ob die Behandlung gewirkt oder ob die Natur sich selbst geholfen hat. Allerdings ist es wohl sicher, daß von mehreren im übrigen gleichartigen



Anfällen periodischer Psychosen derjenige milder und schneller abläuft, welcher mit dem Rüstzeug der modernen Psychiatrie behandelt wird, wie es nur die moderne Irrenanstalt darbietet.

Der Arzt, der über die Verbringung in die Anstalt aus Zweckmäßigkeitsgründen, nicht aus zwingender Notwendigkeit, zu entscheiden hat, wird sich darauf beschränken müssen, gewissenhaft zu untersuchen, in welcher Beziehung in dem einzelnen vorliegenden Falle die Belassung in der Häuslichkeit schaden, die Anstaltspflege wohl nützen mag, er wird auch mögliche soziale Schädigungen mit in Rechnung ziehen, und danach nach bestem Wissen und Gewissen seine Entscheidung treffen. Wir Psychiater werden aber dahin streben, die Vorurteile gegen die Irrenanstalten zu zerstreuen, damit die Wohltat, die die schnelle Unterbringung in eine moderne Anstalt für den Kranken und seine Familie zweifellos bedeutet, jedem Frischerkrankten zugute komme, nicht gehemmt und beeinträchtigt durch unsachliche und auf Unkenntnis und Aberglauben beruhende Vorurteile.

Eine Konsequenz solcher Vorurteile, ein Kompromiß zwischen ihnen und den Postulaten der Therapie, ist die häufige Gepflogenheit, beginnende oder leichte Geisteskrankheiten, wenigstens soweit sie Angehörige der höheren Stände betreffen, anstatt in Irrenanstalten in Nervenheilanstalten unterzubringen. Soweit sich unter dem Namen einer Nervenheilanstalt eine Privatirrenanstalt verbirgt, oder wenn mit der Nervenheilanstalt eine Irrenanstalt räumlich und administrativ vereinigt ist, ist gegen diesen Modus nichts einzuwenden, da auf diese Weise den Kranken ja Irrenanstaltspflege zu teil wird, wenn auch unter anderem, indifferenterem Namen. Es muß aber bedenklich erscheinen und hat schon oft zu Unzuträglichkeiten und Unfällen geführt, beginnende oder ausgesprochene Geisteskrankheiten in reinen Nervenheilanstalten, Wasserheilanstalten u. dgl. zu behandeln, da hier eine sachgemäße Pflege, Behandlung und vor allem Aufsicht nur in den seltensten Fällen ausreichend garantiert erscheint; manchmal vielleicht dann, wenn der leitende Arzt der Nervenheilanstalt auch psychiatrisch geschult ist und das nötige Privatpflegepersonal zur Verfügung steht, in der gleichen Weise wie bei Pflege und Behandlung von Psychosen in der eigenen Familie.

Meist besteht aber die Gefahr, daß in offenen Sanatorien befindliche Geisteskranke nicht der Schwere ihres Zustandes entsprechend behandelt und beaufsichtigt werden; Verwahrlosung und Selbstmord können die Folge sein. Auch Behandlungsfehler, z. B. Schädigung durch zu eingreifende hydrotherapeutische Prozeduren bei sensiblen oder ängstlichen Geisteskranken sind festgestellt worden.

Die Nervenheilstättenbehandlung gehört, soweit sie zur psychiatrischen Therapie im engeren Sinne und nicht nur zur neurologischen, die uns hier nicht berührt, in Beziehung zu setzen ist, zu den prophylaktischen Maßnahmen, und man mag sich ihre Wirkung so denken, daß sie die, sei es erworbene, sei es angeborene und durch die Lebensreize gesteigerte psychopathische Konstitution zum weiteren Kampf um die Existenz soweit kräftigen soll, daß der psychische Zusammenbruch vermieden oder hinausgeschoben werde. Ihr Wert und ihre wesentliche Wirkung liegt dort, wo die endogenen Ursachen der Psychopathie zurückstehen gegenüber den exogenen, wo sie erholend und regenerierend sich



betätigt. Auch kann es sein, daß mancher Neurastheniker mit gesteigerter Erschöpfbarkeit durch regelmäßig wiederholte Aufenthalte in der Nervenheilstätte sich jeweils soweit wieder aufrichtet, daß er seinem Berufe für die übrige Zeit wieder einigermaßen gewachsen ist. Wo endogene Ursachen, wo die angeborene Disposition im engeren Sinne, überwiegen und zu einer Psychose und zu einem Rückfall führen wollen, wird die Heilstättenbehandlung voraussichtlich dies nicht abwenden, auch wenn der Gefährdete ihr im frühesten Prodromalstadium zugeführt werden sollte, worauf selten zu rechnen sein wird. Die Zukunft der Prophylaxe der Psychosen liegt nicht hier, sie liegt in einer Revolution der ganzen Lebensführung, wie oben versucht worden ist es zu skizzieren. Die Nervenheilstätten werden in ihrem wirklichen Werte als Erholungsheime, als „Sommerfrischen“ für die Unbemittelten durch diese einschränkenden Bemerkungen nicht angetastet.

Vielleicht könnte man auch manchmal Rekonvaleszenten von psychischen Störungen vor Wiederaufnahme ihrer früheren Tätigkeit in einer Nervenheilstätte eine Nachkur durchmachen lassen.

Eine sachgemäße Behandlung ausgesprochener Psychosen ist im allgemeinen nur in dem Krankenhaus für Geisteskrankheiten, in der Irrenanstalt möglich. Dabei ist die Anstalt als solche, ihre Einteilung, Einrichtung und ihr Betrieb ganz unvergleichlich wesentlicher für die Behandlung der Geisteskranken, als dies bei anderen Krankenanstalten der Fall ist. Das liegt nicht nur daran, daß die Behandlungsdauer und die dadurch bedingte Zeit des Krankenhausaufenthalts bei den Geisteskrankheiten in der Regel eine viel längere ist. Abgesehen davon, daß nur die Irrenanstalt die Behandlungsmittel der physikalischen Therapie in vollkommener Form enthält, ist sie an sich das Hauptmittel unserer psychiatrischen Therapie. Wir nehmen den Geisteskranken aus seinen bisherigen Verhältnissen, in denen und oft auch unter Mitwirkung derer er krank geworden ist, um ihn in ein für seine Genesung oder Besserung möglichst günstiges Milieu zu bringen; dies Milieu ist die Anstalt, aber nicht allein die „tote“ Anstalt, mit ihren Gebäuden, ihren Gärten usw., wenn auch diese mit sehr wesentlich; daneben und darüber die „lebende“ Anstalt, mit Leitung, ärztlichem Dienst und ökonomischer Verwaltung. Die zweckmäßige Einrichtung der Anstalt und ihres Betriebes ist die Voraussetzung für eine aussichtsvolle psychiatrische Therapie. Viele und die wichtigsten Zweige der Therapie sind nur möglich, wenn die Anstaltseinrichtungen danach getroffen sind, und wie die beste Anstalt zu nichts nütze ist, wenn die ärztliche Behandlung versagt, so ist auch die Form und der Betrieb der Irrenanstalt in solchem Maße Voraussetzung für die Irrenbehandlung, daß ich eine Schilderung von Anstaltstypen, Anstaltsbau und Anstaltsverwaltung dem Eingehen auf die einzelnen psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen vorauszuschicken für geboten erachten muß.

---

# Die Irrenanstalt.

---

## a) Anstaltstypen.

Es bestehen jetzt eine Reihe verschiedener Anstaltstypen nebeneinander, deren Eigenart bedingt ist durch Unterschiede der Zweckbestimmung. Auf Typen von ausschließlich historischer Bedeutung soll hier nicht eingeganegn, sondern nur dasjenige besprochen werden, was noch heute Bedeutung hat, unbestritten gewertet wird, oder im Streite der Meinungen steht. Wir haben hier die Gegenüberstellungen: Stadtasyl und Landesanstalt, öffentliche und private Anstalt, und ferner die Fragen der Zweckmäßigkeit oder Notwendigkeit besonderer Pflegeanstalten für Unheilbare neben den gemischten Heil- und Pflegeanstalten, der Irrenversorgung in Siechenanstalten und der Anstalten für geisteskranke Verbrecher zu prüfen.

Die von Griesinger zuerst aufgestellte Forderung von Stadtasylen wurde später von Fürstner, Kraepelin, Sommer, Lührmann, Dannemann aufgenommen, von letzterem monographisch behandelt und besonders von Sioli mehrfach beleuchtet. Die nachfolgenden Darlegungen lehnen sich hauptsächlich an Sioli an.

Stadtasyle sind im Vergleiche zu den Landesanstalten kleinere Irrenanstalten, entweder selbständig oder in Verbindung mit einem allgemeinen Krankenhaus, jedenfalls schnell und bequem erreichbar, bestimmt für die rasche Versorgung plötzlich erkrankter und nur für durchgehende Fälle. Die Bedürfnisse der Großstadt mit ihrer flottierenden, industriellen Bevölkerung sind nach Sioli durch die Landesanstalten, bei deren Entfernung, umständlichen Aufnahmebedingungen, Überfüllung nicht genügend gedeckt. Es kommt dazu, daß bei den dichteren Wohnungs-, den differenzierteren sozialen Verhältnissen der Großstadt der psychisch Gestörte viel schwerer ertragen werden kann, als auf dem Lande, wo rasch vorübergehende geistige Störungen nicht selten ohne lästige Folgen in der Familie abgemacht werden. Infolgedessen muß der Geisteskranke der Großstadt so schnell als möglich eliminiert werden; so wird in Großstädten nicht nur jeder Geisteskranke, sondern auch jeder epileptische, delirierende, bewußtlose, nervenkranke Mensch auf Grund organisierter Tätigkeit der Rettungsgesellschaften und der bequemen Transportmöglichkeit dem Stadtasyl und damit sachverständiger Behandlung zugeführt, und dadurch manchen Schäden sozialer und individueller Natur vorgebeugt. Ist nun diesem relativen

Mehrbedarf der Groß- und Mittelstädte (15 — 20 : 10.000, gegenüber 3 : 10.000 des platten Landes nach Sioli) nicht durch Stadtasyle Rechnung getragen, so besteht die Gefahr, daß die Mehrzahl der plötzlich hilfsbedürftig gewordenen, von denen bei sachgemäßer Fürsorge etwa die Hälfte (besonders Trinker, Epileptiker, usw.) nach 1 bis 2 Monaten wieder entlassungsfähig wird, also die Überführung in die Landesanstalt nicht zu lohnen scheint, Polizeigefängnissen, Zellen von Krankenhäusern o. dgl. verfällt. Für Städte mit einer Bevölkerungsziffer bis zu 100.000 mag ein Asyl als Krankenhausannex genügen, doch nur dann, wenn ein psychiatrisch völlig durchgebildeter, für seinen Dienst selbst verantwortlicher Arzt an der Spitze steht. Wird dieser Annex von einem dirigierenden Arzt, der nicht Psychiater ist, nebenbei geleitet, so werden unerfahrene junge Assistenten die Behandlung unzweckmäßig zum Nachteil der Kranken führen, und Restraint aller Art oder Verwahrlosung der Kranken, unnötige Isolierungen mit all den bekannten üblen Folgen und manche Unglücksfälle werden nicht ausbleiben. Immer muß es eine psychiatrisch geleitete Irrenanstalt im Kleinen sein, sonst werden solche Annexe an allgemeine Krankenhäuser eine Brutstätte rückständiger Irrenbehandlung und dem Chefarzt ein lästiger Ballast sein.

Zu den Stadtasylen gehören die Universitätskliniken, die neben dem Zwecke der schnellen Versorgung frisch Erkrankter auch dem klinischen Unterricht und der wissenschaftlichen Forschung dienen. Diesen Zielen können sie aber nur dann gerecht werden, wenn sie reine Stadtasyle sind und nicht infolge von Erschwerung der Evakuation in die Landesanstalten Organe der Irrenversorgung und dadurch an der Aufnahme frischen Krankenmaterials gehindert werden.

Zu dieser mehr theoretischen Trennung von Stadtasylen und Landesanstalten ist zu bemerken, daß es in Wirklichkeit alle Übergänge gibt zwischen Städten, die alle ihre Kranken dauernd versorgen (Lübeck, Bremen, Hamburg, Berlin) über solche mit teilweise eigener respektive mit provisorischer Fürsorge bis zu denjenigen, die ganz auf die Fürsorge von Landesanstalten angewiesen sind. Die größere Bedeutung, welche die Irrenfürsorge für die Großstädte bei Versorgung durch eigene Stadtasyle gewinnt, erhellt am besten daraus, daß dann die Zahl der Aufnahmen 15 bis 20‱ beträgt, während in die Landesanstalten unter gleichen Verhältnissen im Durchschnitt nur 3.12‱ verbracht werden. Bei eigener dauernder Versorgung der Geisteskranken durch sehr große Städte, wie Hamburg und Berlin, verschwindet auch ein Teil des Unterschiedes zwischen der Einrichtung von Stadtasyl und Landesanstalt, indem dann eine solche Anstalt beiden Zwecken dienen und die Einrichtungen beider vereinigen muß; sie ist dann Heil- und Pflegeanstalt wie fast alle Landesanstalten, nur mit, einer größeren Zahl frischer Aufnahmen angepaßten, besonders groß bemessenen Wachstationen, wovon später zu reden sein wird.

Gegen eine Sonderstellung der Stadtasyle hat sich Fischer ausgesprochen, der zugleich die Identität von Klinik und Stadtasyl bekämpft: die Kliniken kleiner Universitätsstädte sind nicht nur Stadtasyle, denn ihr Material bedarf der Ergänzung aus dem Lande; die „Stadtasyle“ von Riesenstädten sind nicht wie die Kliniken kleine Anstalten von 80 bis 100 Betten, sondern ihre Belegziffer ist bemessen nach der Größe der Stadt, der sie dienen. Fischer



nennt als Nachteile der Kliniken die geringe Differenzierungsmöglichkeit in der Unterbringung der Kranken infolge ihrer Kleinheit, den Mangel an Möglichkeiten der Beschäftigung und die psychische Schädigung der Kranken durch die klinische Vorstellung. Sein Wunsch für die weitere Entwicklung der Irrenfürsorge geht dahin: außer den Universitätskliniken, welchen nur soviel Krankenmaterial zuzuweisen wäre, als sie für den Lehrzweck unbedingt brauchen, keine eigentlichen Stadtasyle. Dafür nur Landesanstalten, an Zentren des Verkehrs, Schnellzugsstationen gelegen und so über das Land verteilt, daß sie von allen Seiten leicht erreicht werden können. Er verlangt die liberalsten Aufnahmebedingungen für alle staatlichen Anstalten, nicht nur für die Stadtasyle. Hierin wird man Fischer recht geben müssen, denn es ist tatsächlich nicht einzusehen, weshalb man den Stadtasylen die Vergünstigung freier Aufnahmebedingungen geben soll und den Landesanstalten nicht. Andererseits wird man aber auch nicht verkennen dürfen, daß die großen Städte mit ihren Bedürfnissen der Irrenfürsorge nicht ohne weiteres dem flachen Lande gleichgestellt werden dürfen, und daß bei jenen die Schnelligkeit der Aufnahme ein besonders dringendes Erfordernis ist, wobei jeder Eisenbahntransport, der ein Umladen des Kranken aus dem Wagen in die Bahn und dann wieder in einen Wagen bedingt, eine unerwünschte Komplikation bedeutet. Doch mir scheint, es würde nichts im Wege stehen, eine auf dem Lande zentral gelegene Anstalt zugleich auch als Aufnahmeanstalt für mehrere Mittelstädte dienen zu lassen, wenn sie von jeder einzelnen Stadt nicht mehr als 15 bis 20 *km* entfernt liegt und ihr die Kranken mittelst geeignet konstruierter Sanitätsautomobile zugeführt würden. Am besten wäre die Sanitätsautomobilstation in die Anstalt zu verlegen, damit sie für alle beteiligten Mittelstädte wie für das Land gemeinsam dienen kann. Auf telephonische Anfrage schickt die Anstalt einen Kraftwagen zur Abholung des Kranken, die meist in 1 bis 2 Stunden erledigt sein könnte.

Das Transportpersonal darf nicht von der Anstalt gestellt werden, sondern von der einliefernden Behörde oder den Angehörigen des Kranken, um die Objektivität der Anstalt denjenigen Kranken gegenüber, welche die Anstaltspflege als Freiheitsberaubung auffassen, von vornherein deutlich zu manifestieren.

So genießen die frisch Erkrankten die Vorzüge der Heil- und Pflegeanstalt mit ihrer größeren Differenzierungs- und Beschäftigungsmöglichkeit von Anfang an, die in Anlage und Betrieb ziemlich kostspieligen kleinen Stadtasyle der Mittelstädte werden entbehrlich, ohne daß die akuten Psychosen erst kürzere oder längere Zeit in einem allgemeinen Krankenhaus zuzubringen brauchten, ein besonderer Gewinn, da die Behandlung Geisteskranker in diesen allgemeinen Krankenhäusern sich in vielen Fällen auf Einsperrung in die Zelle beschränkt; eine sachgemäße Behandlung, die ein Krankenhaus, dem die dazu nötigen Einrichtungen fehlen, nicht bieten kann, ist aber im Beginn der Erkrankung besonders nötig, natürlich nicht nur für Städter, sondern auch für Landbewohner; es ist ein besonderer Vorzug des Fischerschen Vorschlags, daß auch deren Interesse berücksichtigt wird.

Im Gegensatz zu Fischer glaube ich jedoch nicht, daß die klinische Vorstellung, mit der notwendigen Auswahl vorgenommen und mit Takt und Schonung durchgeführt, vielen Kranken schadet. Manche vorübergehenden Beeinträchtigungen des Befindens, die übrigens nach meiner Erfahrung sehr selten



sind, wird man im Interesse der Ausbildung der Studierenden hinnehmen müssen, wie es ja auch in anderen medizinischen Disziplinen der Fall ist. Die Überführung in eine andere Anstalt, zumal nach Ablauf der akuten Erscheinungen, halte ich im Gegensatz zu Fischer für unschädlich, ja sie nützt in der Regel mehr als sie schadet.

Die öffentlichen Anstalten sind Eigentum des Staates, der Provinzen, Bezirke, Kommunen; ihre Leiter und Angestellte sind Beamte. Die Privatanstalten sind geschäftliche Unternehmungen und haben als solche den Zweck, ihrem Besitzer ein gewisses Einkommen zu sichern. Wenn dieser nun für die Unterbringung und Verpflegung der Kranken nicht höhere Sätze bekommt als die Staatsanstalten, so muß er die Kranken weniger gut unterbringen oder, was schwerer zu konstatieren ist, schlechter verköstigen als jene. Das ist selbstverständlich, und daraus ergibt sich weiter von selbst, daß die Überweisung von Normalkranken an private Anstalten im allgemeinen als unvollkommene Methode abzulehnen sein dürfte. Wo man sich trotzdem zu ihr entschließt, ist eine häufige überraschende Kontrolle unerläßlich. Diese Kontrolle kann nur durch Irrenärzte, Direktoren öffentlicher Anstalten erfolgen, da nur sie die nötige Erfahrung besitzen, um wirklich kontrollieren zu können. Visitationen durch Verwaltungsbeamte oder selbst durch beamtete Ärzte haben wenig Zweck, da nur ein durch jahrelange Tätigkeit an einer Anstalt geschärfter Blick für Einzelheiten es ermöglicht, zu wissen, worauf es ankommt, und rasch zu sehen, wo es fehlt. Über die Unterbringung von Geisteskranken in von Geistlichen geleiteten, geistlichen Verbänden gehörigen Anstalten ist früher viel gestritten worden. Sie ist nur dann zu ertragen, wenn der dirigierende Arzt bei der ganzen Behandlung und Administration ausschlaggebend ist, so daß die Sicherheit besteht, daß in allen Maßregeln ausschließlich ärztliche Gesichtspunkte den Ausschlag geben. Da diese Tatsache jedoch nur in Anstalten öffentlicher Verbände völlig garantiert erscheint, so wird die Unterbringung von Geisteskranken in den Anstalten geistlicher Verbände nur als ein Notbehelf unter jenen Voraussetzungen zu dulden sein.

Eine Sonderstellung nehmen die Privatanstalten für Angehörige der besseren Stände ein. Wenn der Staat oder die Kommune auch nur die Pflicht haben, für die unbemittelten Kranken zu sorgen, so haben doch die meisten öffentlichen Anstalten Einrichtungen für mehrere Klassen und können dann auch weitergehenden Ansprüchen in bezug auf Unterbringung und Verpflegung genügen. Es könnte demnach zweifelhaft erscheinen, ob es noch besonderer Privatanstalten für die höheren Stände bedarf. Wenn man die fast diskretionäre Macht bedenkt, welche die Anstaltsleitung ihren Pflegebefohlenen gegenüber hat, haben muß und auch trotz aller etwa zu erfindenden gesetzlichen Kautelen bei der Schwierigkeit der Beurteilung zweifelhafter geistiger Zustände behalten wird, das Verfügungsrecht über das höchste Gut des Menschen, seine persönliche Freiheit, so könnte es bedenklich erscheinen, dieses Recht anderen als beamteten Personen zu übertragen, die völlig uninteressiert sind, da sie von dem einzelnen Kranken keinen Vorteil, sondern nur Mehrarbeit haben. Von dem Besitzer einer privaten Anstalt dagegen könnte von übelwollender Seite die Möglichkeit geltend gemacht werden, daß sein Urteil über Geisteszustand oder Anstaltspflegebedürftigkeit durch Autosuggestion nicht ganz unbeeinflußt sein könnte.



Dies Bedenken ist aber nur von theoretischer Bedeutung, indem bisher kein Fall erwiesen ist, in welchem ein Geistesgesunder widerrechtlich in einer Irrenanstalt festgehalten worden wäre. Da nun Privatanstalten für die zahlungsfähigen Stände tatsächlich ein Bedürfnis sind, indem es Familien gibt, die ihre Angehörigen lieber einer solchen als einer öffentlichen Anstalt übergeben, und Kranke, welche besondere Ansprüche in Bezug auf Wohnung, Verköstigung, Geselligkeit stellen, wie sie öffentliche Anstalten nicht oder nur ausnahmsweise bieten können, so könnten nur nachgewiesene Übelstände ein Einschreiten gegen die Privatanstalten rechtfertigen. Wir haben aber zahlreiche, vorzüglich geführte auch vom ärztlichen Standpunkt den höchsten Ansprüchen genügende Privatanstalten in Deutschland, die wir als einen willkommenen und notwendigen Teil der Irrenversorgung auffassen müssen.

Das jetzt allgemein übliche Anstaltssystem ist das der gemischten Heil- und Pflegeanstalt, d. h. die Kranken werden in die Anstalten aufgenommen ohne Rücksicht darauf, ob ihr Leiden heilbar erscheint oder nicht, und diejenigen Kranken, welche sich als unheilbar erwiesen haben, bleiben in diesen Anstalten, zusammen mit den Heilbaren, welche naturgemäß stets wechseln. Es ist nun die Frage vielfach diskutiert worden, ob man die Heil- und Pflegeanstalten durch besondere Pflegeanstalten, welche nur zur Versorgung von Unheilbaren dienen, entlasten solle. Man kann dann den wertvollen und teuren Apparat der Heilanstalt ausschließlicher für diejenigen Fälle ausnützen, bei denen noch Behandlungserfolge zu erzielen sind; die Heilanstalt bekommt mehr den Charakter des Krankenhauses durch die Vermehrung der Krankenbewegung, durch die sichtlicheren Erfolge, die als das Ergebnis einer augenscheinlicheren therapeutischen Wirksamkeit der Ärzte erscheinen; die heilbaren Fälle verschwinden nicht in der Masse derer, die auf ihrem Endzustand angelangt sind. Anderseits spricht gegen die Schaffung reiner Pflegeanstalten das Odium, das auf solchen Instituten lastet; denn es wird rasch im Lande und auch unter den Kranken bekannt, daß die Überführung in eine bestimmte Anstalt das Siegel der Unheilbarkeit aufdrückt. Ferner hat das Zusammensein chronisch-unheilbarer mit heilbaren Kranken mannigfache direkte Vorzüge: die öfter vorkommenden Entlassungen Geheilter bedeuten für die Zurückbleibenden immer wieder eine Ermunterung, eine Hoffnung, daß auch sie einmal an die Reihe kommen können, und Entlassungen in reinen Pflegeanstalten werden naturgemäß sehr selten sein. Zu erwähnen ist noch die Trostlosigkeit der ärztlichen Arbeit an reinen Pflegeanstalten, die leicht zu skeptischer Resignation und daraus resultierender Apraxie führen kann, während für den modernen Psychiater, dem die Erfolge an heilbaren Kranken seine ärztliche Frische und einen gewissen Optimismus bewahrt haben, jeder, auch der verblödetste Kranke noch Gegenstand therapeutischen Wirkens sein wird. Schließlich sind gemischte Heil- und Pflegeanstalten, soweit sie koloniale Anstalten sind, entschieden auch wirtschaftlicher, indem der Arbeitsbetrieb bei der größeren Stabilität des Krankenmaterials und der dadurch ermöglichten Ausbildung eines Stammes unheilbarer geschulter Arbeiter gegenüber der reinen Heilanstalt erleichtert und rentabler wird. Immerhin sind Pflegeanstalten für unheilbare, verblödete, nicht mehr arbeitsfähige Kranke, am besten in einer gewissen lokalen Verbindung mit Heilanstalten, so daß die Ärzte wechseln können, nicht immer zu vermeiden,

zumal da, wo die Notwendigkeit besteht, alte Anstaltsbauten, die für die moderne Irrenbehandlung nicht mehr geeignet sind, aufzubrauchen. Doch halte ich sie für ein Übel und die allgemeine Durchführung des Systems der gemischten Heil- und Pflegeanstalten für das wünschenswertere.

Noch erheblich mangelhafter ist die Unterbringung von unheilbaren Geisteskranken, zu denen auch die geistig Siechen gehören, in Siechenanstalten, zusammen mit körperlich Siechen. Ludwig sagt: „Ein Geisteskranker gehört ebensowenig in die Siechenanstalt, wie ein Geistesgesunder in die Irrenanstalt". Man hat hierbei immer die Erfahrung gemacht, daß die Geisteskranken durch die körperlich Siechen und diese durch jene belästigt werden, und die einen sich über die anderen beklagen. Auch unterliegt es großen Bedenken, Geisteskranke in Anstalten unterzubringen, deren Leiter nicht erfahrener Psychiater ist, nicht in der Anstalt selbst wohnt, jederzeit zu erreichen ist und kontrollieren kann. Da diese Bedingungen in den Siechenanstalten in der Regel nicht erfüllt zu sein pflegen, so folgt daraus, daß die Behandlung von Symptomen geistiger Störung, wie sie auch bei chronischen Verblödeten immer vorkommen, insbesondere der Neigung zu Unsauberkeit und zu Aufregungszuständen, häufig jeder psychiatrischen Methodik entbehren; als Ergebnis finden wir dann Unsauberkeit und zahlreiche Isolierungen mit ihren traurigen Konsequenzen, sowie schlechte Behandlung der Kranken, wie sie überall mit Notwendigkeit einreißt, wo nicht das ärztliche Beispiel, die ärztliche Unterweisung und vor allem die ärztliche Kontrolle ihr straffe Zügel anlegt.

Daß durch die Versorgung chronisch verblödeter, harmlos gewordener aber zu selbständiger Lebensführung unfähiger Geisteskranker in Siechenanstalten die Einführung der Familienpflege sehr erschwert wird, darauf hat Kolb vor kurzem mit Recht hingewiesen; davon später.

Die Frage der Unterbringung bestimmter Kategorien von Geisteskranken gehört, soweit sie sich mit derjenigen der Versorgung bestimmter Formen psychischer Abnormitäten deckt, nicht in den Rahmen der allgemeinen Therapie. So mag hier nur erwähnt werden, daß für die Versorgung der Trinker, der Epileptiker, der Idioten gewisse Regeln gelten, die mehr oder weniger von den hier zu gebenden abweichen. Auch die Zukunftsaufgabe der Anstaltsbehandlung gemeingefährlicher Minderwertiger in „Zwischenanstalten" kann an dieser Stelle nicht näher besprochen werden. Mit einigen Worten wird jedoch auf die Frage der Unterbringung der verbrecherischen Geisteskranken und geisteskranken Verbrecher einzugehen sein. Es stehen sich hier zwei Ansichten gegenüber: die eine, vertreten von Heilbronner, Aschaffenburg u. a., verwirft besondere Verbrecheranstalten und Verbrecherpavillons und fordert Verteilung der verbrecherischen Elemente unter die übrigen unbescholtenen Kranken. Diese Autoren stützen ihre Ansicht darauf, daß die Konzentration der Verbrecher außerordentlich schwierige Verhältnisse schafft, wie Flügge für Düren so anschaulich geschildert hat, während selbst die gefährlichsten und ungeberdigsten Elemente bei Verteilung auf die übrigen Kranken verhältnismäßig leicht zu behandeln seien; sie weisen ferner darauf hin, daß man in den Anstalten oder Pavillons für geisteskranke Verbrecher Irrenanstalten oder -Abteilungen zweiter Klasse schaffe, daß jedoch die verbrecherischen Irren Kranke seien, wie die anderen und als solche behandelt werden müßten. Auf



der anderen Seite steht die überwiegende Mehrzahl der Anstaltsdirektoren, die die Erfahrung gemacht hat, daß man für einzelne Gewohnheitsverbrecher, um deren Entweichen zu verhindern, Sicherheitsvorrichtungen schaffen muß, die für die überwältigende Mehrzahl der Kranken schädlich und unnütz sind, und daß dadurch der Krankenhauscharakter der Anstalt verwischt wird. Weitere Argumente dieser Seite liegen darin, daß man billigerweise unbescholtenen Geisteskranken nicht zumuten kann, mit Zuchthäuslern zusammen zu wohnen, und ebensowenig ihren Angehörigen, sich dies gefallen zu lassen; daß hierdurch das ganze Niveau der Anstalten herabgedrückt werde, zumal da durch die weitgehendere Handhabung des § 51 Str.-G.-B. und die sorgfältigere Prüfung des Geisteszustandes der Angeklagten, Fürsorgezöglinge, Arbeitshäusler und Gefangenen immer mehr verbrecherische Elemente, die früher in Gefängnisse, Zuchthäuser usw. kamen oder da verblieben, der Irrenanstalt zugeführt werden, wobei besonders die zweifelhaften Geisteszustände Querulanten, Hysteriker, Minderwertige mit pathologischen Affektausbrüchen, Debile, nicht verblödete Epileptiker ein für die Anstalten sehr schwer verdauliches Material darstellen. Ich glaube, daß man nicht umhin können wird, für die geisteskranken Verbrecher und verbrecherischen Geisteskranken besondere Unterbringungsmöglichkeiten zu schaffen, allerdings besser nicht für kleine Bezirke, sondern für größere Verbände, in ähnlicher Weise wie es in England (Broadmore) und Amerika mit gutem Erfolg durchgeführt worden ist. Die Größe der Anstalten gibt dann wieder die Möglichkeit einer weitergehenden Differenzierung, womit viele der Schwierigkeiten, welche in Düren hervorgetreten sind, sich werden beheben lassen. Die Notwendigkeit dieser Sonderbauten für geisteskranke Verbrecher ergibt sich aus dem Dilemma, daß die moderne Anstalt dem Geisteskranken möglichst weitgehende Freiheit geben will, daß wir andererseits die Pflicht haben, die Gesellschaft vor dem kriminellen Geisteskranken zu schützen, was nur durch sorgfältigste Einsperrung in solchen ärztlich geleiteten, nach humanitären Prinzipien geführten Gefängnissen möglich ist. Das sind unvereinbare Dinge und verlangen reinliche Scheidung. Ein weiterer Vorzug dieser Trennung liegt auch darin, daß mit der Anwartschaft auf Unterbringung in einer Verbrecherirrenanstalt für viele an der Grenze geistiger Gesundheit stehende Verbrechernaturen, insbesondere solche mit hysterischer Debilität, ein Hauptanreiz wegfallen dürfte, in eine psychogene Psychose zu verfallen oder Geistesstörung zu simulieren; das wäre also eine prophylaktische Wirkung.

## b) Probleme des Anstaltsbaues.

Bis in die siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts war es die Regel, daß die Geisteskranken in mächtigen Gebäudekomplexen untergebracht wurden, welche in ihrem Gesamteindruck deutlich die Abkunft von den alten Klöstern und Schlössern verrieten, die man mit dem Beginn einer geregelten Anstaltsversorgung der Geisteskranken als Irrenanstalten zu adaptieren pflegte. Mehrstöckige Massenbauten oder mehr oder weniger kasernenartige, durch geschlossene Korridore und verdeckte Veranden oder Wandelgänge eng untereinander verbundene Komplexe wurden in dem auch für andere Krankenhäuser maßgebenden Korridorsystem erbaut. Aber, „wie für andere Krankenhäuser in den letzten





Dezennien (sc. des verflossenen Jahrhunderts. Ref.) das Verlangen nach größerer Sonderung der einzelnen Krankheitsgruppen aus hygienischen und anderen ärztlichen Gründen allgemein zur Annahme des Pavillons- oder Blocksystems führte, so war für die Irrenanstalten für die Wahl desselben Bausystems neben den gleichen Gründen der Wunsch maßgebend, schon nach außen hin durch die Zerlegung der Anstalt in eine größere Anzahl frei zwischen Parkanlagen gelegener Pavillons der Anstalt den gefängnis- und kasernenartigen Charakter zu nehmen, dadurch schon äußerlich einen freieren und freundlicheren Eindruck zu machen und auch den Kranken schon innerhalb der Anstalt mehr Freiheit der Bewegung zu ermöglichen" (Paetz).

Aus diesen Bestrebungen entstand die „koloniale Irrenanstalt", wie sie in Alt-Scherbitz durch Koeppe begonnen und dann durch Paetz in vollkommenster Form durchgeführt und für die meisten Neubauten seit den 80er Jahren des verflossenen Jahrhunderts vorbildlich geworden ist. Das Prinzip dieses „Alt-Scherbitzer Systems" ist nach Paetz, dessen Buche über die Kolonisierung der Geisteskranken ich in diesen Ausführungen in der Hauptsache folge, folgendes: Auf dem Terrain eines Landguts wird nach den neuesten irrenärztlichen und bautechnischen Erfahrungen eine kleinere „Zentralanstalt" für diejenigen Kranken errichtet, welche aus Rücksicht auf ihren geistigen und körperlichen Zustand der vorübergehenden oder dauernden Überwachung oder Absonderung und besonderen ärztlichen Behandlung bedürfen, und, räumlich getrennt von der Zentralanstalt, wenn auch in bequemer Nähe und unmittelbarer Verbindung mit ihr, eine „Kolonie" in der Form erbaut, daß unter Anlehnung an das vorhandene oder zu errichtende Gutsgehöft und unter Benutzung etwa vorhandener Bauern- oder Arbeiterhäuser eine Reihe einfacher Landhäuser nach dem Offen-Tür-System für diejenigen Kranken hergestellt werden, für welche nach der nötigen Beobachtungszeit in der Zentralanstalt aus ärztlichen oder humanitären Rücksichten der Aufenthalt in den freien kolonialen Verhältnissen für nützlich oder möglich gehalten wird.

Von dem Landgut verlangt Paetz, daß es mannigfaltigste Beschäftigungsmöglichkeit biete, daß es ertrags- und kulturfähig sei, damit die Kranken der aufgewandten Mühe Lohn als Sporn ihrer Tätigkeit empfinden; auch auf landschaftlich reizvolle Lage sei Wert zu legen, wegen der aufheiternden Wirkung einer freundlichen und anmutigen Gegend auf das Gemüt. Ferner sei die Nachbarschaft einer großen Stadt wünschenswert, damit den Kranken der Besuch von Theatern, Konzerten und ähnlichen bildenden und unterhaltenden Veranstaltungen möglich sei. Diese Umstände sind auch für die Ärzte und Beamten der Anstalt und deren Familien von nicht zu unterschätzendem Interesse. Unbedingt erforderlich sind die unmittelbare Nähe einer, sei es auch kleinen, Stadt zur Befriedigung der täglichen vielfältigen Bedürfnisse, die Nähe einer Eisenbahnstation zur Erleichterung der Überführung Kranker in die Anstalt und des Verkehrs der Angehörigen. Daß bei der Wahl des Landguts auch alle möglichen hygienischen Forderungen erfüllt sein müssen, ist zu selbstverständlich, als daß es im einzelnen erläutert zu werden brauchte. Die Größe des erforderlichen Areals wird je nach den Umständen verschieden sein. Alt-Scherbitz hat rund 300 Hektar; für eine Heil- und Pflegeanstalt von 800 bis 1000 Betten wird man, guten Boden vorausgesetzt, mit 90 bis 100 Hektar auskommen; doch



richtet sich dies auch sehr nach der Qualität des Krankenmaterials, indem die Zahl der arbeitsfähigen Kranken in einer Anstalt mit relativ vielen Aufnahmen naturgemäß geringer sein wird, als in solchen mit überwiegend stabilem Krankenmaterial.

Die Zentralanstalt trennt Paetz wieder in „Überwachungsabteilungen" und „geschlossene Abteilungen", indem er jenen die aus körperlichen Gründen bettlägerigen, der besonderen Pflege und Wartung benötigenden Kranken, sowie alle aus psychischen Gründen sorgfältiger Pflege und Überwachung bedürftigen Kranken zuweist; in die „geschlossenen" Abteilungen gehören alle Kranken, „welche wegen insozialer Eigenschaften aller Art, wegen unruhigen, unsauberen oder besonders auffallenden Verhaltens, wegen Neigung zum Entweichen, zu Gewalttätigkeit oder anderen gemeingefährlichen Ausschreitungen unzuverlässig oder unberechenbar sind, ohne gerade zu den speziell überwachungsbedürftigen zu gehören, für freie Verpflegungsformen aber ungeeignet sind, der Absonderung und des Abschlusses nach außen bedürfen".

Wenn auch die prinzipielle räumliche Trennung von Heilbaren und Unheilbaren mit Recht abgelehnt wird, einmal wegen der Unsicherheit der Prognose im Einzelfalle und sodann, da mehr das Verhalten des Kranken, dessen soziale und unsoziale Eigenschaften für seine Unterbringung maßgebend sein müssen, so wird man doch im allgemeinen die frischen Zugänge in die Anstalt, die Neuerkrankungen, in besondere Abteilungen unterbringen, in denen sie besonders intensiver ärztlicher Beobachtung und Behandlung und sorgfältigster Wartung und Pflege genießen. Nachdem der Zustand festgestellt, der Fall in bezug auf alle Einzelheiten und Möglichkeiten beobachtet ist, werden von vornherein als aussichtslos und chronisch festgestellte Erkrankungsfälle in geeignete Abteilungen transferiert, während die übrigen prognostisch aussichtsvollen Erkrankungen in diesen „Aufnahme"-Stationen verbleiben, entweder bis zur Rekonvaleszenz oder Genesung oder bis zum Eintritt eines Terminalzustandes, welcher die intensive, besonders individualisierende Behandlung in diesen Aufnahmeabteilungen erübrigt. Es vollzieht sich also hier ein ähnlicher Vorgang und mit ähnlicher Begründung innerhalb der großen Anstalt, wie bei der Transferierung von Kranken aus Kliniken in Landesanstalten. Daher scheint es mir am sinngemäßesten diese Aufnahmeabteilungen als die „klinischen" Abteilungen zu bezeichnen, gegenüber den „Pflege"abteilungen für die chronisch Kranken. Man kann auch in besonders drastischer, wenn auch für den Einzelfall nicht immer zutreffender Bezeichnungsweise von einer „Heilanstalt" sprechen, gegenüber der „Pflegeanstalt" innerhalb der „Heil- und Pflegeanstalt", wie jetzt die großen Irrenanstalten der Länder, Provinzen und Bezirke im allgemeinen genannt werden. „Überwachungs"abteilungen hat die modern geführte Anstalt auch in ihren Pflegepavillons, für die Unzuverlässigen und Unsauberen unter den chronisch Kranken.

Diesen „geschlossenen" Abteilungen für akute und für chronische Kranke, deren gemeinsame Eigenschaft die Unzuverlässigkeit ist, stehen gegenüber die offenen, die kolonialen Abteilungen. Kurz erwähnt seien nur die halboffenen Abteilungen, welche, eine Mittelstufe zwischen beiden Kategorien vorstellend, als Übergang für die meisten, als dauernder Versorgungsort für manche halb



zuverlässige Kranke benutzt, nach Alt-Scherbitz wenig Nachfolge gefunden haben und auch zu entbehren sind. Die Kolonie, bestehend aus einer Anzahl völlig offener Villen und, wo solche vorhanden sind, auch gewöhnlicher adaptierter Bauernhäuser, ist nach Paetz bestimmt für alle diejenigen Kranken, für welche sich nach der nötigen Beobachtungszeit in der Zentralanstalt zwar die Fortdauer der Anstaltspflege als nötig, aber die freie Behandlung und der Aufenthalt in freieren Verhältnissen als nützlich oder auch nur als möglich erwiesen hat; Voraussetzung für die äußere Gestaltung wie die innere Einrichtung aller kolonialen Krankenabteilungen ist die strenge grundsätzliche Durchführung des Offen-Tür-Systems. Es gehören also in die kolonialen Abteilungen chronisch gewordene, innerhalb der Anstalt harmlose Kranke, welche aber auf das Leben in der Außenwelt mit seinen vielfachen Nervenreizen mit Aufregungszuständen reagieren würden, sowie Rekonvaleszenten, um ihren Übergang in die völlige Freiheit vorzubereiten.

Es kam mir hier nur darauf an, die Zweckbestimmung der drei großen Gruppen des modernen Irrenkrankenhauses kurz zu definieren; auf Einzelheiten wird an geeigneter Stelle zurückzukommen sein.

Bei dem Entwurf von Anstalten ist schwer zu entscheiden, wie das Verhältnis zwischen den einzelnen Teilen der Anstalt sein soll. Paetz rechnet die Hälfte bis zwei Drittel der Plätze für die offenen Abteilungen und hat das auch in Alt-Scherbitz durchgeführt. Es ist schwer, ja fast unmöglich hier feste Normen zu geben, da vieles von der relativen Zahl der Zugänge und von der Möglichkeit des Abschubs insozialer Elemente abhängt; auch von den Platzverhältnissen; denn wenn Platzmangel dazu zwingt, jeden halbwegs ruhigen und geordneten chronischen Fall, unbekümmert darum, ob es gut und ärztlich indiziert für ihn ist oder nicht, in die Freiheit zu entlassen, dann wird die Füllung der Anstalt mit aufgeregten und insozialen Elementen die Auswahl der für freiere Verhältnisse geeigneten Kranken einschränken. Von Belang sind auch der Wagemut und die Verantwortungsfreudigkeit des Direktors und der Ärzte, sowie die Frage, ob letztere ihr Hauptinteresse den ihnen innerhalb der Anstalt selbst erwachsenden Aufgaben zuwenden, oder von der Vorstellung ausgehend, daß in der Anstalt selbst nicht viel Ersprießliches zu leisten sei, ihr Interesse in allgemeiner, die sozialen Verhältnisse verbessernder Tätigkeit zersplittern, wodurch das individualisierende Versenken in die Psyche jedes einzelnen Kranken leicht in den Hintergrund treten kann. Aber nur wer jeden einzelnen Kranken seiner Abteilung genau kennt und in dauerndem Konnex mit ihm steht, wird in der offenen Behandlung Erfolge wie die in Alt-Scherbitz erreichten, erzielen. Wäre die offene Behandlung Selbstzweck, so möchte sie bei der Mehrzahl der dement gewordenen Fälle, welche die Wohltat derselben wenig empfinden, als müßiger Sport erscheinen; ihr Hauptwert liegt aber in ihren innigen Beziehungen zur Beschäftigung.

Man wird, wie die Verhältnisse jetzt liegen, für eine Heil- und Pflegeanstalt von 800 bis 1000 Betten mit einer Aufnahmeziffer von der Hälfte des Bestandes etwa ein Drittel der Männerplätze und annähernd ein Viertel der Frauenplätze für die offenen Abteilungen bestimmen können; höhere Zahlen würden vielleicht dann anzunehmen sein, wenn auch die Mehrzahl der chronisch bettlägerigen Siechen — wie es ja leicht möglich, wenn auch nicht gerade nötig ist — in offenen



Abteilungen untergebracht werden sollte. Die Sache des Prinzips halber zu forcieren wird niemals zu billigen sein, da Öffentlichkeit wie Familie ein Recht darauf haben, daß unzuverlässige und sich und anderen gefährliche Kranke so sicher untergebracht werden, als es die Rücksichten der Humanität erlauben.

Von den Plätzen der Zentralanstalt sollten nach meinen Erfahrungen bei dem oben skizzierten Verhältnis zwischen Plätzen und Aufnahmen etwa zwei Drittel der Pflegeanstalt und ein Drittel den klinischen Abteilungen angehören.

Die Kolonie besteht in jedem Fall aus einzelnen Villen, unter denen man diejenigen für die stumpfen Feldarbeiter größer, bis zu 50 Betten, die für besonnene Kranke und Rekonvaleszenten möglichst klein, etwa für 30 Kranke bemessen mag. Will man Sieche offen behandeln, so dient dazu am besten eine „Lazarettvilla", im Erdgeschoß Bettplätze für zirka 30 bis 35 Kranke und Tagräume, im Mansardgeschoß Schlafräume usw. für die gleiche Zahl Kranker enthaltend. Ich habe auch schon daran gedacht, ob es nicht zweckmäßiger und auch ökonomischer wäre, bei der Männerkolonie ganz oder zum Teil vom Pavillonsystem, vom Krankenhaustyp abzusehen und eine richtige Dorfstraße zu bauen, jedes Dorfhaus von 8 bis 15 Betten; bei ganz einfacher, ländlicher Bauweise und bei Verzicht auf technische Vollendung in der Beheizung usw. müßte auf diese Weise der Platz ohne Einrichtung wohl zu etwa 1000 bis 1200 M. zu beschaffen sein. Allerdings wird die Beaufsichtigung mehr Schwierigkeiten bereiten als in größeren Villen. Die Kolonie, wie auch die Pflegeanstalt, sollten möglichst billig gebaut werden, natürlich soweit es die Solidität erlaubt, erstere deshalb weil hier die technisch hochwertigen und gerade bei der zerstreuten Bauweise sehr teuren Einrichtungen, sowie ein pedantisches Festhalten an den für Krankenanstalten vorgeschriebenen Raumverhältnissen als unnötig und selbst lästig erscheint.

Aufnahmeabteilungen sollte die Anstalt je drei besitzen, für Ruhige, für Halbruhige und für Unruhige, und in jeder derselben 30 bis 35 Plätze. Besondere Lazarette für körperlich Kranke werden meist erbaut, sind aber nicht gerade praktisch, da die Zahl der körperlich Kranken meist zu klein, ist um sie zu füllen. Diese Lazarette werden daher meist für andere Zwecke verwandt, in Rufach z. B. als Ersatz für eine fehlende halbruhige Wachstation.

Auf bautechnische Einzelheiten einzugehen, muß ich mir versagen, da sich darüber allein ein Buch schreiben ließe, und es können hier nur prinzipielle Fragen der Raumverteilung und Einrichtung besprochen werden, soweit sie therapeutische Gesichtspunkte berühren. Nun ist von den Aufnahmeabteilungen, welche das ärztlich und nationalökonomisch wertvollste Krankenmaterial aufnehmen, zu sagen, daß für sie die besten, vollkommensten und schönsten Einrichtungen gerade gut genug sind. Deshalb sollen sie nur eingeschossig sein, um einen ungehemmten Verkehr aller Kranken über breite Veranden mit dem Garten zu gestatten. In Rufach leben auf diese Weise die Kranken der ruhigen und halbruhigen Aufnahmestationen fast $^3/_4$ des Jahres während des Tages völlig im Freien. Durchaus zu billigen ist das neuerliche Bestreben, die großen Wach- und Schlafsäle für diese Kranken zu vermeiden, sondern vielmehr eine größere Anzahl kleiner Wachsäle von 4 bis 6 Betten und daneben und in unmittelbarer Verbindung damit reichlich besondere Schlafzimmer für einzelne



Kranke vorzusehen. Da gleichzeitig wegen der Selbstmordgefahr die Übersichtlichkeit gewahrt bleiben muß, wird die Grundrißlösung hierdurch allerdings schwieriger. Daß insbesondere auf Abteilungen für Unruhige eine größere Anzahl solcher Einzelzimmer zum Zwecke therapeutischer Beeinflussung notwendig sind, ist wohl allgemein anerkannt; hiervon wird später zu sprechen sein.

Korridore wird man nach Alt-Scherbitzer Vorbild der leichteren Übersichtlichkeit und der Verminderung der Baukosten halber vermeiden und alle der Krankenbehandlung dienenden Räume und Nebenräume nach Möglichkeit unmittelbar aneinander stoßen lassen.

Von den Aufnahmestationen ist im allgemeinen noch zu sagen, daß sie in allem und jedem ganz besonders den Charakter des Krankenhauses wahren sollen; also: keine vergitterten Fenster, reichlicher Luftraum, ausgiebige und geräumige Baderäume, getrennt für Reinigungsbäder und für Hydrotherapie. Für die Gärten sind zahlreiche Liegestühle erforderlich.

Die Aufnahmeabteilungen würde ich vorziehen, entweder mit gedeckten Wandelgängen untereinander zu verbinden oder baulich unmittelbar, nur durch die Eingänge und Vorräume getrennt, aneinander zu schließen. Auf jeden Fall sollten diese Stationen für akut Kranke, auf welchen der Abteilungsarzt dauernd zu Hause sein soll, in unmittelbarer Nähe des Verwaltungsgebäudes liegen; die Verbindung derselben ist insbesondere wegen der häufig, auch bei Regenwetter, Frost, Schnee und Sturm und auch in der Nacht erforderlichen Transferierungen von großem Werte. Eine Verbilligung der Baukosten, welche Fischer hiermit zu erzielen hofft, würde allerdings auf diesem Wege kaum erzielt werden können. Diese dürften sich etwa gleich bleiben, da die Mehrkosten für Verbindungsgänge durch die kürzeren Straßen und unterirdischen Gänge aufgewogen werden würden. Ich habe also bei diesem Vorschlage lediglich die Vereinfachung des ärztlichen Dienstes und des wirtschaftlichen Betriebs im Auge.

Für die Bauten der Pflegeanstalt kommt man in zunehmendem Maße von dem System der kleinen Pavillons wieder ab; bei dieser Entwicklung sind in erster Linie finanzielle Erwägungen maßgebend, welche sich sowohl auf Ersparung von Baukosten wie von Personal erstrecken. Wenn es auch bedauerlich sein mag, daß das so freundliche und anmutige Bausystem der malerisch unregelmäßig angeordneten kleinen Pavillons verschwindet oder vielmehr auf die offenen Abteilungen beschränkt wird, so erscheint mir diese Bewegung doch nicht aufhaltbar, und man wird sich mit derselben abfinden müssen, obwohl mit der Vergrößerung der Bauten und der damit verbundenen geringeren Übersichtlichkeit und insbesondere der Belegung höherer Stockwerke mit Kranken ein prinzipieller und allgemeiner Verzicht auf Vergitterung der Fenster mit der Sicherheit der Kranken nicht mehr verantwortbar sein dürfte. Meines Erachtens dürfte es sich empfehlen, die erforderlichen Pflegebauten mit 80 bis 90 Betten zu errichten, wobei das Erdgeschoß eine Wach- und Bettbehandlungsstation von 40 Betten, das Obergeschoß und das als Mansardgeschoß auszubauende Dachgeschoß die Tag- respektive Bettsäle für 40 bis 50 außer Bett befindliche Geisteskranke enthalten würde. Jedenfalls müßten solche Bauten aus zwei völlig getrennten Abteilungen bestehen, da größere Abteilungen als solche von 40 bis 50 Kranken nicht mehr mit der nötigen Klarheit und Differenzierung als Ganzes verwaltet und besorgt werden könnten.



Eine Heil- und Pflegeanstalt von 800 bis 1000 Betten bestünde dann aus:

1. einer Heilanstalt, nächst dem Verwaltungsgebäude, bestehend aus je drei eingeschossigen Bauten, untereinander verbunden, zusammen zirka 100 Wachplätze für jede Geschlechtsseite;

2. einer Pflegeanstalt, für Männer und Frauen je ein Gebäudekomplex, bestehend aus zwei großen Pavillons von zirka 90 Betten; ein Pavillon bestimmt für Unruhige, der andere für Sieche und Halbruhige, Erdgeschoß und ein Teil des Obergeschosses eingerichtet für Bettbehandlung. Jeder Pavillon hat eine Wachstation für 40 Kranke im Erdgeschoß, so daß zirka die Hälfte der chronisch Kranken bettbehandelt werden und überwacht werden kann. Der Bedarf an Personal wird in diesen Pavillons verhältnismäßig gering sein;

3. der Kolonie, bestehend aus Villen von 30 bis 40 Betten, eine davon als Pensionärabteilung eingerichtet und daher im Erdgeschoß eine Überwachungsstation enthaltend, sonst Schlafsäle oben und Tagräume unten; Offen-Tür-System. Ein kleiner Teil der männlichen Kranken wird zweckmäßigerweise, wie es ja auch allgemein üblich ist, auf dem Gutsgehöft untergebracht, während sich in Koch- oder Waschküche in der Regel eine Station für ruhige, zuverlässige Frauen ergibt.

Neben den Krankenabteilungen enthält die moderne Anstalt zahlreiche Wohnhäuser, Verwaltungs- und Betriebsgebäude; so insbesondere Verwaltungsgebäude, Gesellschaftshaus, Kirche, Maschinenhaus, Koch- und Waschküche, Magazingebäude, Werkstätten, Leichenhaus, Gärtnerei, Gutshof usw.

Wenn die Alt-Scherbitzer Bauweise in kleinen, zerstreut im Gelände liegenden Villen, welche, bei manchen Nachbildungen übertrieben, zu einer schwer erträglichen Ausdehnung der Wege für Ärzte, Personal und Materialien geführt hatte, nicht mehr allgemein geübt wird und vielfach einer gedrängteren Bauweise unter Anwendung größerer Bauten Platz gemacht hat, so ist hierfür vor allem die zunehmende Verwendung komplizierter technischer Einrichtungen, insbesondere der Fernheizung und Fernwarmwasserversorgung maßgebend gewesen. Die primitiv und billig gebauten Alt-Scherbitzer Villen mit Ofen- oder lokaler Dampfheizung wären sicherlich selbst in der zerstreutesten Disposition auch jetzt noch im Bau sowohl wie im technischen Betrieb um vieles billiger als ein mit allen Errungenschaften der modernen Technik versehener Massen- und Blockbau. Auf diese technische Vollkommenheit vermag man aber — abgesehen von den offenen Landhäusern — nicht mehr zu verzichten, da es nicht gut angängig ist, technisch rückständige Einrichtungen zu schaffen. Auch kann man die technisch komplizierten Einrichtungen für die erfreulicherweise immer zunehmende rein klinische Behandlung der akuten Psychosen nicht mehr missen. Die klinische Behandlung, welche häufigere Anwesenheit des Arztes verlangt, arbeitet auch ihrerseits der zerstreuten Bauweise entgegen.

Daß man bei Neubauten wieder mehr mit Gittern und sonstigen Sicherheitseinrichtungen arbeitet, dürfte darin seinen Grund haben, daß es in der modernen Entwicklung liegt, die persönliche Verantwortung des Arbeiters (in diesem Falle des Pflegers) durch technische Sicherheitsmaßregeln zu ersetzen. Die umgekehrte Methode, den Wegfall technischer Sicherheitseinrichtungen durch Anspannung menschlicher Aufmerksamkeit und Verantwortlichkeit zu ersetzen, stößt, so viele Vorzüge sie hat, oft auf geringes Verständnis, insbesondere bei Versicherungsgesellschaften oder Berufsgenossenschaften.

So teilt das koloniale System des Anstaltsbaues das Schicksal vieler anderer Institutionen, welche dem modernen Geiste weichen müssen. Man mag den Rück-



gang der idyllischeren Periode der praktischen Psychiatrie bedauern, denn etwas annähernd so Freundliches und Anmutiges wie die zerstreute, malerische Bauweise in kleinen, in Gärten vergrabenen Villen wird nicht wieder kommen; man wird diese Umwälzung aber nicht hindern können, zumal da bei den enormen Aufwendungen, welche die öffentliche Gesundheitspflege und besonders die Irrenpflege erfordert, wir Irrenärzte verpflichtet sind, uns in unseren Wünschen auf das Notwendigste zu beschränken.

Den besonderen Anforderungen der Großstadt folgend, ist man bei dem Neubau von Berliner Irrenanstalten schon länger zu dem System der großen Pavillons respektive Blockbauten übergegangen. Moeli glaubte sich damals noch gegen den Einwand, daß die großen Bauten einen Nachteil böten, verteidigen zu müssen, und zwar mit der Begründung, daß die unverhältnismäßig große Zahl versorgungsbedürftiger Siecher dies mit sich gebracht habe, wodurch die ganze Anstalt Buch ihr Gepräge erhielt. Auf die Zweckmäßigkeit größerer Bauten für Sieche, im Interesse der Personalersparnis, hat bereits Sioli hingewiesen.

Bei dem Versuch einer Skizzierung der Disposition einer gemischten Heil- und Pflegeanstalt ist ein Umfang derselben von 800 bis 1000 Betten von mir zugrunde gelegt worden. Dies stellt ein Mittelmaß dar. Während Kolb nicht über 500 bis 600 Plätze hinausgehen möchte, so baut man andererseits jetzt Anstalten von 1500, 2000 und mehr Betten. Solche Riesenanstalten stellen sich insofern in der Anlage billiger, als manche Zentraleinrichtungen wie Kirche, Gesellschaftshaus, Verwaltungsgebäude, Küche usw. nur einmal vorhanden zu sein brauchen; auch vermindern sich zweifelles die Generalunkosten verhältnismäßig mit der Vergrößerung der Anstalt. Anstalten unter 800 Betten sind aus diesem Grunde im Betrieb wenig rentabel. Solche über 1000 Betten werden aber unübersichtlich und schwer individuell zu leiten; der Betrieb wird leicht etwas unpersönliches, fabrikmäßiges erhalten. Deshalb dürfte eine Größe von etwa 1000 Betten am meisten zu befürworten sein. Das Problem ist aber schwierig, und ich gebe gern zu, daß man darüber verschiedener Meinung sein kann.

Es wären noch einige Worte über die bauliche Gestaltung der Stadtasyle und Kliniken einerseits, der reinen Pflegeanstalten andererseits zu sagen. Die Kliniken und analogen Institute werden neben den hier als Aufnahmestationen beschriebenen Baulichkeiten für die Behandlung ihrer Kranken lediglich noch je einer Villa für Rekonvaleszenten bedürfen; daneben natürlich die erforderlichen Räume für die Zwecke des Unterrichts. Für die reinen Pflegeanstalten werden große Pflegehäuser mit einzelnen offenen Landhäusern genügen, unter Verzicht auf die teuren Anlagen der Aufnahmestationen.

Auf die besonderen Anforderungen, welche an den Bau von Spezialanstalten für Idioten, Epileptiker, Trunksüchtige usw. gestellt werden, kann hier im allgemeinen Teil nicht näher eingegangen werden; es muß vielmehr für diese Spezialbauten auf die entsprechenden Kapitel des speziellen Teils verwiesen werden. Doch bedürfen einzelne Aufgaben der Heil- und Pflegeanstalt einer besonderen Erörterung, insofern sie zu besonderen Bauten innerhalb der Anstalt Anlaß geben oder geben können.

Da ist insbesondere die Unterbringung der epileptischen Geisteskranken — soweit sie in die Irrenanstalt kommen — für welche gelegentlich besondere

Abteilungen vorgesehen sind, die aber anderen Orts je nach ihrem geistigen Zustand in der Anstalt verteilt werden. Die letztere Methode scheint mir die gegebene; da es ruhige und unruhige, arbeitsfähige und sieche, soziale und verworrene, zuverlässige und gefährliche Epileptiker gibt, so wird bei denselben je nach dem Zustand eine Versorgung in Abteilungen der verschiedensten Art, in offenen oder geschlossenen Verhältnissen angezeigt erscheinen.

Eine umstrittene Frage ist auch, ob man in Deutschland, dem Beispiel des Auslandes, insbesondere der vereinigten Staaten folgend, besondere Pavillons für tuberkulöse Geisteskranke erstellen soll. Es wird dagegen geltend gemacht, einmal daß — analog den Verhältnissen bei den Epileptikern — alle Arten von Psychosen mit Tuberkulose einhergehen können und daß infolgedessen ein Pavillon für Tuberkulöse eine komplette Irrenanstalt im kleinen sein müsse, welche dem ruhigen, ängstlichen, sensiblen wie dem lauten und störenden Kranken in gleicher Weise die geeignete Versorgung gewährleiste. Bei kleinen Abteilungen ist dies naturgemäß nicht durchführbar, ohne daß die ruhigen und geordneten Elemente durch die insozialen gestört und geschädigt würden, während große Pavillons oder Gebäudekomplexe eine ausreichende Sonderung wohl ermöglichen würden. Wenn man es daher nicht vorzieht und für genügend befindet, in den verschiedensten Abteilungen kleinere Absonderungszimmer für Tuberkulöse einzurichten, so scheint mir die Idee der besonderen Tuberkulösenpavillons zwar für eine einzelne Anstalt als kaum mit Erfolg durchführbar, sehr wohl aber für einen größeren Verwaltungskörper wie etwa eine große preußische Provinz, wobei sich so viele Tuberkulöse ergeben würden, daß man eine mittlere oder einen erheblichen Teil einer großen Anstalt mit ihnen belegen könnte. Hierbei würde auch das zweite Bedenken sich vermindern, welches gegen besondere Tuberkulösenabteilungen in kleinen und mittleren Anstalten geltend gemacht wird, daß die Verlegung in diese Abteilungen die davon Betroffenen als „schwindsüchtig“ brandmarkt und damit die besonnenen und auf unangenehme Eindrücke vielleicht besonders intensiv reagierenden dieser Kranken psychisch schädigt. Daß auf die eine oder die andere Weise in den Irrenanstalten baulich dafür Sorge getragen werden muß, daß die tuberkulösen Geisteskranken, wenigstens soweit sie an offener Tuberkulose leiden, rechtzeitig räumlich separiert werden, sowie daß bei einer Vereinigung der Tuberkulösen ihre somatische Behandlung leichter durchgeführt und ihnen auch mehr Bewegungsfreiheit gegeben werden kann, darin ist Geist unbedingt zuzustimmen.

Für die Absonderung anderer Infektionskrankheiten, Typhus, Ruhr usw., wird meist die Errichtung eines besonderen Isoliergebäudes verlangt. Da man sich aber schwer entschließt wegen eines einzelnen Krankheitsfalles einen besonderen Bau in Betrieb zu nehmen, und da bei der üblichen Überfüllung der Anstalten solche Isolierbauten doch in der Regel dauernd mit anderen Kranken belegt zu sein pflegen, die wegen eines einzelnen Krankheitsfalls zu dislozieren man sich schwer entschließt, habe ich bei dem Entwurf der Anstalt Rufach es vorgezogen, dem zweigeschlechtigen Lazarettgebäude je einen Infektionsflügel anzugliedern, welcher mit allen erforderlichen Nebenräumen, auch Personalzimmern, versehen, gegen den Hauptbau abgeschlossen und für sich betrieben werden kann. Er enthält ein Einzelzimmer und einen Saal von 5 Betten; es kann aber auch das Einzelzimmer allein mit Spülküche, Bad,

Klosett usw. für sich als Infektionsabteilung in Gebrauch genommen werden, während der Saal bei dem Hauptlazarettbetrieb bleibt. Anderseits könnte man bei Ausdehnung einer Epidemie allmählich weitere Zimmer des Lazaretts zu der Infektionsabteilung hinzunehmen. Auf diese Weise ist diese Abteilung immer betriebsfertig, ohne dem geregelten Anstaltsbetrieb in normalen Zeiten entzogen zu sein.

Für Typhusbazillenträger weist Mohr darauf hin, nach Möglichkeit ein besonderes Haus bereit zu halten; auch hier sollte dies möglichst für größere Verwaltungskörper geschehen, wie es z. B. in Elsaß-Lothringen in der für das ganze Land bestimmten Anstalt Hördt der Fall ist.

Fraglich ist auch, ob geisteskranke und minderwertige Kinder in Irrenanstalten untergebracht und ob, die Bejahung dieser Frage vorausgesetzt, besondere Abteilungen für sie zu schaffen sind. Wildermuth ist der Ansicht, daß geisteskranke Kinder sich nicht für die Irrenanstalt eignen; er empfiehlt, besondere Abteilungen hierfür an Idioten- und Epileptikeranstalten zu errichten. Alt und Sioli schlagen die Angliederung einer zweckentsprechend angelegten Jugendabteilung an die Heil- und Pflegeanstalt für Erwachsene vor. Es wird sich dabei um kleinere Beobachtungsstationen handeln müssen, von denen die jugendlichen Kranken je nach dem Ergebnis der Beobachtung den verschiedenen für sie passenden Anstalten oder der Fürsorgeerziehung zugeteilt werden. Auch können auf Wunsch der Eltern, Lehrer und Schulärzte irgendwie pathologisch geartete Kinder in diesen Abteilungen beobachtet, behandelt und für eine geeignete Lebensführung bestimmt werden.

Wenn auch bei den verschiedensten Formen geistiger Störungen aus den verschiedensten Motiven Entweichungsversuche vorkommen, so sind diese Fluchtversuche doch im allgemeinen harmlos und kein Grund, die Bewegungsfreiheit zu sehr einzuschränken, während die Fluchtversuche der Verbrecher zumeist im Komplott und unter Benutzung von Instrumenten, Nachschlüsseln usw. geschehen.

Die moderne Heil- und Pflegeanstalt, welche keine gefängnismäßigen Einrichtungen besitzen und sich möglichst wenig von dem Typ des allgemeinen Krankenhauses entfernen soll, eignet sich daher nicht für die besonneneren, gefährlichen geisteskranken Verbrecher. Wenn man besondere Pavillons als Teil einer Irrenanstalt zu diesem Zweck errichtet, was wohl jetzt allgemein als die zweckmäßigste Methode betrachtet wird, so sind diese Bauten nach Wickel aus- und einbruchsicher zu gestalten. Je fester und sicherer diese Pavillons gebaut werden, um so mehr Freiheit kann man den kriminellen Elementen in denselben gewähren.

Die Kriminellen sind also in den speziell für sie zu errichtenden Bauten insofern humaner versorgt, als man ihnen innerhalb des Hauses mehr Freiheit geben kann, während in der kolonialen Anstalt nur die dauernde Bettbehandlung im Einzelzimmer übrig bleibt; diese wird aber von den besonnenen Kriminellen als große Härte empfunden.

Man sollte die Größe dieser Verbrecheranstalten oder Pavillons so bemessen, daß außer den oben zitierten, besonnenen, intelligenten und deshalb so gefährlichen Geisteskranken auch eine große Anzahl verblödeter oder verwirrter geisteskranker Verbrecher, welche dann nur noch die relative Gefährlichkeit ihrer Psychose

nicht diejenige ihrer Kriminalität darbieten, darin Aufnahme finden können. Mit Hilfe dieser Verdünnung durch harmloseres Krankenmaterial, dem aber in Anbetracht seiner Bescholtenheit mit der Internierung in diesen Bauten ein Unrecht nicht zugefügt wird, können wesentlich erträglichere Verhältnisse herbeigeführt werden.

Bei diesen Pavillons für verbrecherische Geisteskranke ist also von allen Sicherungsmaßnahmen, wie Mauern, Vergitterungen usw. weitgehendster Gebrauch zu machen. Wie steht es aber in dieser Hinsicht mit den übrigen Bauten der Heil- und Pflegeanstalt? Die Erfahrung hat gezeigt, daß wenn nach der Alt-Scherbitzer Methode gebaut wird, in kleinen Pavillons, wobei Kranke nur in Erdgeschoß und erster Etage untergebracht und die Grundrisse der Bauten nach Alt-Scherbitzer Prinzipien unter Vermeidung von Korridoren in übersichtlichster Weise disponiert werden, man sehr wohl ohne alle sichernden Sondereinrichtungen auskommen kann. Sowie es sich aber um mehrgeschossige Gebäude handelt, wie bei manchen Kliniken und Stadtasylen (München) und bei mehrgeschossigen Pflegebauten, wobei die Übersichtlichkeit geringer wird und Korridore kaum zu vermeiden sind, werden die Nachteile der Vergitterung, wenigstens teilweise mit in Kauf zu nehmen sein, was um so geringeren Bedenken unterliegt, als das Gros der chronisch Kranken, soweit es sich nicht für offene Verhältnisse eignet, für die ethisch, ästhetisch und assoziativ unangenehmen Seiten der Vergitterung kaum Empfindung haben wird. Immerhin wird, wer erlebt hat, wie das Publikum den Unterschied zwischen alten vergitterten und ummauerten gegenüber modernen, gitterlosen und villenstadtartigen Anstalten als prinzipiellen empfindet, und wie dieser Unterschied von den meisten Angehörigen der Geisteskranken als geradezu erlösend empfunden wird, die Verwendung von Gittern zu vermeiden oder auf das erträglichste Mindestmaß zu beschränken suchen.

Es kann hier keine Anweisung für Einzelheiten des Anstaltsbauwesens gegeben werden, wofür wir ja auch das erschöpfende Werk von **Kolb** haben, und insbesondere müssen die technischen Probleme der Beheizung, der Beleuchtung usw., über welche sich vieles für die Irrenbehandlung wichtige sagen ließe, beiseite bleiben. Nur ein Problem möchte ich noch streifen, das ist die Frage der Vermeidung von akustischen und auch optischen Störungen ruhiger Abteilungen durch unruhige. Gerade bei Adoptierung des Villensystems, unter Weglassung von Wandel- oder Verbindungsgängen und von Mauern, erlebt man es häufig, daß, besonders in den ersten Jahren, wenn Bäume und Sträucher noch nicht genügend entwickelt sind, die ganze Anlage zu durchsichtig und hellhörig ist. Man sollte deshalb bei der Disponierung der Gärten und Veranden für Unruhige, der Dauerbäder und sonstigen Anstaltsteile, in welchen erfahrungsgemäß viel Lärm erzeugt wird, darauf achten, daß dieser Lärm nach einer Richtung projiziert wird, wo er wenig stört. In dieser Richtung können Verbindungsgänge ebenfalls gute Dienste leisten, auch für die optische Trennung der Frauen- und Männerabteilungen, da das Dazwischenlegen der Betriebs- und Wirtschaftsgebäude wegen der mit dem wirtschaftlichen Betrieb verbundenen Unruhe mit gutem Recht aufgegeben worden ist.



## c) Über Anstaltsverwaltung.

Wie der Bau und die innere Einrichtung der Irrenanstalt für die Behandlung der Kranken von eminenter Bedeutung ist, und zwar von unvergleichlich höherer Bedeutung als es bei zur Behandlung körperlicher Krankheiten bestimmten Krankenanstalten der Fall ist, indem jede Einzelheit der Raumgestaltung und Ausstattung für die ärztliche Behandlung und Sicherheit von Wichtigkeit sein kann, so trifft dies in noch viel höherem Maße für die Leitung, Verwaltung und Organisation der Anstalt zu. Eine zweckentsprechend geleitete und organisierte, aber technisch unvollkommen ausgestattete alte Anstalt kann immer noch befriedigende Erfolge haben, während die modernste und opulenteste Anstalt in ihrer Wirkung versagen wird, wenn sie nicht im richtigen Geiste geführt, und wenn nicht ein Rädchen des vielgestaltigen Mechanismus so ins andere greift, daß die Anstaltsmaschine ohne gröbere Störungen und Hemmungen arbeitet, in der maßgebenden Richtung der möglichst günstigen Beeinflussung des Zustandes der Kranken. Denn der Zweck der Anstalt ist die Heilung, Besserung und Verpflegung der Kranken, und die Irrenanstalt das wichtigste psychische Behandlungsmittel. Mit der Versetzung in das Milieu der Anstalt wird der mächtigste Einfluß auf die Psyche des Kranken ausgeübt, momentan sowohl wie durch die Dauer der gleichmäßigen Beeinflussung in suggestiver und erzieherischer Richtung. Auch wer Vertrauen hat zu einer psychischen Behandlung der geistigen Störungen, wird sich am meisten versprechen von denjenigen Einflüssen, welche unaufdringlich, unaufhörlich ihre Wirkung äußern, wie der Geist der Familie auf die Erziehung des heranwachsenden Kindes. Wie beim Kinde, in der Regel abnorme Anlage, Fehler des Charakters und schlechte Neigungen weniger zugänglich sind energischer, wiederholter, zudringlicher Korrektur und Ermahnung, und auch an den Intellekt sich wendende Darlegungen selten den erhofften Erfolg haben, während der erzieherische Einfluß des in der Familie herrschenden Tons, sowie deren Überzeugungen und Gepflogenheiten nicht hoch genug eingeschätzt werden kann — so ist der Geist der Anstalt das wichtigste Agens der psychiatrischen Therapie. Was die „Kinderstube" für das Kind ist die einwandfrei geführte Anstalt für den Geisteskranken. Hier liegen wertvollere und einflußreichere Wirkungen als chemische und physikalische Behandlungsmittel, als kunstgerechte Suggestion und Persuasion sie darbieten.

Dieser psychotherapeutische Geist muß nicht nur das ärztliche Ressort durchdringen, sondern auch alle anderen Zweige der Anstaltsverwaltung, die ihm zu dienen haben. Da für die Richtung, in welcher eine Anstalt geführt wird, in erster Linie die Person des Leiters maßgebend ist, so kann der Leiter einer Irrenanstalt nur ein Psychiater sein, dem die Vorsteher der einzelnen Ressorts nachgeordnet sein müssen, wie es ja auch in Deutschland allgemein der Fall ist. Daß ein Doppelkommando in dem engen Rahmen einer Anstalt nur von Übel sein kann und die Keime zahlloser Reibungen und Unzweckmäßigkeiten in sich trägt, bedarf für den, der die Anstaltsverhältnisse kennt, keiner Begründung. Damit soll nicht geleugnet werden, daß in Ausnahmefällen auch einmal zwei Direktoren nebeneinander einträchtig arbeiten können; aber man kann keine Organisation auf Kuriositäten aufbauen. Nur ein Direktor, der den gesamten Betrieb der Anstalt unter sich hat, wird die nötige Autorität besitzen,



seine Intentionen in die Tat umzusetzen. Er muß psychiatrisch und verwaltungstechnisch geschult sein. Theoretisch betrachtet könnte dies ein psychiatrisch vorgebildeter Verwaltungsbeamter wie ein auf dem Gebiete der Verwaltung erfahrener Psychiater sein. Jenes gibt es aber nicht, während kein Grund vorliegt, weshalb nicht ein Oberarzt, welcher jahre- oder jahrzehntelang alle Einzelheiten der Anstaltsverwaltung als Gehilfe des Direktors kennen gelernt hat, imstande sein sollte, selbst eine Anstalt zu leiten; abgesehen davon, daß ein Verwaltungsbeamter, auch wenn er in praktisch psychiatrischen Dingen reiche Erfahrung hätte, nicht das Milieu schaffen könnte, welches für die psychische Beeinflussung psychopathologischer Zustände nicht zu entbehren und durch anderes nicht zu ersetzen ist.

Aus diesen Gründen ist, wie in Deutschland, so in England, den Vereinigten Staaten und den meisten anderen Kulturstaaten die ärztliche Leitung die Regel; die Erfahrungen, welche man, insbesondere in Frankreich, mit dem administrativen Direktor macht, bestätigen die Richtigkeit der deutschen Methode und der oben gemachten Ausführungen. Tatsächlich hat auch die Erfahrung gezeigt, daß die ärztlich geleiteten Anstaltsverwaltungen mit einem oft außerordentlich umfangreichen Geschäftsbetrieb im allgemeinen zum mindesten nicht schlechter funktionieren wie von juristisch vorgebildeten Verwaltungsbeamten geleitete.

Natürlich muß der leitende Arzt von der Verwaltung etwas verstehen und in alle Einzelheiten derselben eingearbeitet sein, und genügen wissenschaftliche Qualitäten nicht für die erfolgreiche Administration einer großen Anstalt. Auch muß er ärztlich-wissenschaftlich eine gewisse Resignation üben und kann sich mit den Details der Krankenbehandlung nicht befassen; er kann nicht zugleich Abteilungsarzt sein. Mit der Behandlung einzelner Kranker wird er sich in der Regel nicht abgeben können, was für manchen einen schmerzlichen Verzicht bedeutet. Wie ich mir das Verhältnis des Direktors zu den Ärzten denke, davon im einzelnen im nächsten Abschnitt. Hier sei nur soviel gesagt, daß die ärztliche Tätigkeit des Direktors gegenüber den individualistischen und zentrifugalen Tendenzen, welche aus der verschiedenen Vorbildung und den differenten Ansichten und Neigungen der Ärzte resultieren, eine vereinheitlichende sein sollte, nicht im Sinne einer Unterdrückung, sondern in dem einer Sammlung und Ausgleichung zu gemeinsamer Arbeit und gleichem Ziel. Was für die ärztliche Leitung gilt, trifft auch für die Verwaltung im ganzen zu. Die Beamten, welche dem Kassen- und Wirtschaftswesen, den technischen Betrieben und vor allem den Arbeitszweigen, in welchen Kranke beschäftigt werden, Werkstätten und hauswirtschaftlichem Betriebe, Landwirtschaft und Gärtnerei vorstehen, haben die ihrer Vorbildung entsprechenden Auffassungen und vertreten ihre Ressortinteressen für die Leistungen ihrer Betriebe, welche nicht selten unter sich, häufig aber mit den ärztlichen Zielen und Zwecken kollidieren werden. Hier den letzteren die gebührende Präponderanz zu wahren, ohne daß die übrigen, insbesondere die so besonders schwerwiegenden finanziellen und ökonomischen Gesichtspunkte vernachlässigt würden, ist eine der wichtigsten und dankbarsten Aufgaben der direktorialen Tätigkeit. Allerdings wird der ärztliche Direktor sich hüten müssen, nicht mit einer gewissen Überschätzung der ärztlichen Interessen die ökonomische Seite seines Amtes hintanzusetzen, ja ich scheue mich nicht es auszusprechen, in erster Linie Verwaltungsbeamter zu werden,



bei dem die vorgesetzte Behörde die Überzeugung gewinnt, daß er mit gleichem Eifer der Finanzen der Steuerzahler gedenkt wie der Wünsche der ihm anvertrauten Kranken. Gerade in seiner Eigenschaft als Arzt wird er dann imstande sein, mit den aufgewandten Mitteln das höchste für seine Kranken zu leisten.

Damit diese Postulate erreicht werden, bedarf es aber einer zweckentsprechenden Organisation der Verwaltung sowohl, wie des ärztlichen Dienstes. Daß nur ein Direktor da sein darf und daß dieser ein Arzt sein muß, wurde bereits gesagt und begründet. Kolb will ein Dominieren der Verwaltungsbeamten durch Teilung der Verwaltung in mehrere koordinierte Betriebszweige ausschließen. Wenn er aber empfiehlt, zwischen Direktor und Verwaltungsbeamte einen Oberarzt einzuschieben, so kann ich ihm darin nicht folgen. Am verbreitetsten ist folgende Teilung der nicht ärztlichen Ressorts: Verwalter (für die Hauswirtschaft), Inspektor (für die Gutswirtschaft), Betriebsleiter (für die technischen Betriebe an technisch-modernen Anstalten), Rendant (für Rechnungswesen und Bureau); doch kommen je nach örtlichen und persönlichen Eigentümlichkeiten die verschiedensten Kombinationen vor. Hier in Rufach unterstehen dem Direktor zurzeit nur drei Ressorts: 1. der ärztliche Dienst, 2. die Verwaltung (Rechnungswesen, Wirtschaftsverwaltung, Gutsverwaltung, Bureau) unter einem Verwalter, 3. die Betriebsleitung unter einem Ingenieur. Diese Methode, welche dem Verwalter ein sehr großes Ressort gibt, entlastet den Direktor mehr, als wenn ihm Wirtschaftsverwalter, Gutsverwalter, Rendant und Bureauvorsteher einzeln direkt unterstellt wären, und macht einen großen Teil seiner Arbeitskraft für die ärztliche Tätigkeit frei; ich möchte sie aber nicht als Prinzip empfehlen. Im allgemeinen dürfte die Teilung in vier bis fünf koordinierte Ressorts vorzuziehen sein.

Über die Frage der Gewinnung, Ausbildung, Stellung und Besoldung der Anstaltsärzte ist im Laufe der letzten Jahre sehr viel geschrieben worden, und ich muß es mir versagen, die einzelnen Publikationen, welche meist von Anstaltsärzten herrühren, anzuführen, will mich vielmehr darauf beschränken meine Auffassung dieser Frage darzulegen. Noch vor 12 Jahren gab es keine Arztfrage; man hatte Bewerber genug für vakante Assistenzarztstellen, wenigstens der modernen nicht gar zu ungünstig gelegenen Anstalten, und konnte auswählen. Dann versiegte allmählich der Zufluß junger Ärzte zu den Landesanstalten immer mehr, so daß Bezirke und Anstalten sich gegenseitig überbieten mußten, um nur annähernd ihre Arztstellen besetzen zu können, wobei oft eine Auslese in keiner Weise mehr möglich war. Die Ursachen sind bekannt; sie lagen einmal in dem Rückgang der Zahl der Medizinstudierenden, dann in der Schaffung der Institution der Medizinalpraktikanten, und der dadurch bedingten geringeren Neigung der jungen Ärzte nach Erlangung der Approbation noch Assistentenstellen anzunehmen, sowie schließlich in der ganz außerordentlichen Zunahme der Krankenhäuser und sonstigen medizinischen Institute in Deutschland, welche alles disponible Material an ausbildungsbedürftigen Ärzten an sich zogen; da diese Krankenhäuser in viel höherem Maße, als es bei den Irrenanstalten der Fall sein konnte, den Ärzten Gelegenheit gaben, Kenntnisse für die Praxis zu sammeln, so blieb für die letzteren nichts oder nur der Rest übrig — abgesehen von den Kollegen, welche Neigung oder besondere Begabung zur Irrenheilkunde hinzog. Da diejenigen jungen Ärzte, welche später Nervenärzte werden



wollen, die Universitätskliniken bevorzugen, als Vorbereitung und Übergang zur Allgemeinpraxis aber die Irrenanstalten nicht mehr aufgesucht wurden, so gingen nur noch solche Irrenärzte an die Anstalten, welche die Irrenheilkunde zum Lebensberuf wählten. Um die brauchbaren Ärzte sich erhalten zu können, gingen die Verwaltungen dazu über, für alle oder die Mehrzahl der Stellen die Anwartschaft auf Pension und Avancement in Gehalt und Stellung zu schaffen. Auf diese Weise hat sich für jeden Verwaltungsbezirk eine Beamtenkategorie der Irrenärzte herausgebildet, mit ihren besonderen Anciennitätsverhältnissen. Es läßt sich nicht leugnen, daß auf diese Weise sich eine enorme Summe von praktischer irrenärztlicher Erfahrung in den Anstalten gesammelt hat, welche eine sachgemäße und korrekte Abwicklung des irrenärztlichen Dienstes außerordentlich erleichtert. Diese Entwicklung hat aber auch ihre erheblichen Schattenseiten. Als solche betrachte ich es wenigstens, daß die Zeit nicht mehr fern ist, wo die Mehrzahl der Anstaltsärzte aus älteren Herren besteht, für die bei der zahlenmäßigen Begrenztheit der Direktorenstellen mit der Erreichung der Eigenschaft als Oberarzt die Karriere abgeschlossen ist, und für die sowohl der Ansporn der Konkurrenz und des Kampfes ums Dasein, wie die anfeuernde Wirkung des erreichbaren Vorwärtskommens wegfällt, wodurch die Gefahr eines gewissen Quietismus nahegerückt wird. Man hat versucht, diesem Umstand dadurch ein Gegengewicht zu schaffen, daß man die Oberärzte fast selbständig stellte, also sie zu Chefärzten eines Teils der Anstalten machte, wodurch allerdings die Einheitlichkeit der Führung und des psychiatrischen Geistes der Anstalten gefährdet werden kann. Auch wird durch die Zwischenstellung der Oberärzte zwischen Abteilungsärzten und Direktor der Bedarf an Ärzten für die Anstalt mehr, als sonst nötig wäre, erhöht, und die Stellung der älteren Abteilungsärzte wird gedrückt. Notwendig ist diese hierarchische Schichtung bei Riesenanstalten von über tausend Kranken, während bei mittleren Anstalten bis etwa zu tausend Kranken der Direktor ganz gut neben seinen Verwaltungsgeschäften die Funktionen des Chefarztes für die ganze Anstalt wahrnehmen kann, indem lauter nebengeordnete Abteilungsärzte unter ihm arbeiten. Auf diese Weise werden auch die wenigsten dienstlichen Reibungen auftreten, da es dem auch die Verwaltung leitenden Direktor natürlich viel leichter sein wird, seinen Einfluß auf die einzelnen Abteilungsärzte geltend zu machen, als dies Oberärzten gegenüber den oft wenig jüngeren Anstaltsärzten möglich wäre.

Die Arztzahl wird meines Erachtens für die normale Heil- und Pflegeanstalt von 800 bis 1000 Kranken mit einem Arzt auf 100 Kranke zu hoch angenommen. Nach unseren Erfahrungen genügt — wenn man auf das Oberarztsystem verzichtet — außer dem Direktor ein Stab von 5 Ärzten bis zu tausend Kranken und 50% Aufnahmen, und zwar in der Weise, daß auf jeder Geschlechtsseite je ein Arzt die Aufnahmeabteilungen mit weniger Betten und allen Aufnahmen, der andere Arzt das Gros der chronisch Kranken behandelt. Der fünfte Arzt wird verwendet, wo gerade besonders viel Arbeit ist, insbesondere ist er unentbehrlich bei Beurlaubung oder Erkrankung eines Arztes. Zieht man hierbei moderne Hilfsmittel bei Führung der Krankengeschichten heran, indem man insbesondere, wie wir es in Rufach getan haben, einen oder zwei Stenographen und Maschinenschreiber für den ärztlichen Dienst zur Verfügung stellt, die geschickt genug sind, die ärztlichen Untersuchungen (Aufnahmestatus) mit-

zuschreiben und ohne besondere jedesmalige Erläuterung mit der Schreibmaschine in die Krankengeschichten zu übertragen, so sind die Ärzte selbst bei 1000 Kranken und 500 Aufnahmen keineswegs überlastet und haben noch genügend Zeit, sich wissenschaftlich weiterzubilden sowie zu wissenschaftlichen Arbeiten klinischer Natur. Zeitraubende anatomische Untersuchungen sollten die Anstalten in der Regel besser den klinischen Instituten überlassen. Wenn wir Anstaltsärzte unsere Befriedigung darin suchen, unsere vom eigentlichen Dienst zu erübrigende Zeit den Aufgaben zu widmen, die uns insbesondere die theoretische und praktische Therapie stellt, so ist kein Bedürfnis vorhanden für ein Zentralinstitut für psychiatrische Therapie, wie es ohne zwingende Begründung in letzter Zeit verlangt worden ist.

Sind in einer Anstalt zahlreiche Kranke besserer Stände untergebracht, welche größere Ansprüche an die Zeit der Ärzte stellen, so wird hierdurch eine entsprechende Vermehrung der Arztzahl bedingt.

Der relative Bedarf an Ärzten der Kliniken und Stadtasyle ist in Anbetracht der besonderen wissenschaftlichen Anforderungen, die an jene gestellt werden, und der oft überwältigenden Aufnahmeziffer dieser naturgemäß viel größer. Bei den Kliniken richtet sich der Ärztebedarf besonders nach der Intensität und Vielgestaltigkeit der an ihnen geleisteten wissenschaftlichen Arbeit. Was den zweiten Gesichtspunkt angeht, so nehme ich an, daß ein Arzt etwa die Untersuchung und weitere Behandlung von zirka 250 frischen Aufnahmen im Jahre sachgemäß bewältigen kann.

Um die erforderliche geistige Frische der an Landesanstalten tätigen Ärzte in ihren oft entlegenen Anstalten zu wahren, haben die meisten Verwaltungen Mittel zum regelmäßigen Besuch von psychiatrischen und anderen Fortbildungskursen bereitgestellt; auch der Austausch von Ärzten zwischen Landesanstalten und Kliniken hat sich bewährt. Am besten wäre es aber, wenn es sich ermöglichen ließe, daß jeder Psychiater, ehe er die Anstaltskarriere beschreitet, zuvor einige Jahre an einer Universitätsklinik seine wissenschaftlichen Qualitäten sich erwürbe.

Wenn der Chefarzt maßgebend ist für die Prinzipien der Krankenbehandlung, ihre Anwendung und Ausführung überwacht, Anregungen gibt, für die Kranken eine Appellationsinstanz, für die Anstaltsärzte den ärztlichen Berater darstellt; wenn die Ärzte die Krankenbehandlung im einzelnen anordnen und leiten: so ist die Ausführung der ärztlichen Verordnungen in die Hände des Pflegepersonals gegeben. Daraus ergibt sich die enorme, nicht hoch genug einzuschätzende Wichtigkeit der Rekrutierung, Ausbildung und Erhaltung eines allen Ansprüchen entsprechenden männlichen und weiblichen Pflegepersonals. Hoppe-Allenberg hat im Jahre 1892 pessimistisch geschrieben, „daß das Gros der Irrenwärter aus ungeeigneten, unzuverlässigen und degenerierten Elementen besteht.“ Hoppe-Pfullingen, dessen Ausführungen ich im wesentlichen folge, verlangt ein Pflegepersonal, das seine Tätigkeit als Lebensberuf betrachtet. Es ist ihm unbedingt zuzustimmen, wenn er die Rekrutierung aus ungelernten Arbeitern derjenigen aus gelernten Arbeitern vorzieht, denn von letzteren gehen aus finanziellen Gründen nur die schlechtesten Elemente zum Irrendienst. Wir haben in Rufach mit landwirtschaftlichen Arbeitern gute, mit Fabrikarbeitern mangelhafte Erfahrungen gemacht. Bei

jenen trifft auch die Behauptung von Hoppe, daß „jeder Pfleger, den wir einstellen, mehr oder weniger zu den Leuten gehört, die ihren Beruf verfehlt haben", im allgemeinen nicht zu, da für landwirtschaftliche Arbeiter der Eintritt in den Pflegerberuf in der Regel ein Aufsteigen auf der sozialen Leiter, eine Verbesserung in bezug auf Einkommen, Lebenskomfort und Entwicklungsmöglichkeit der Persönlichkeit bedeutet. Gediente Leute sind vorzuziehen; doch haben wir die Erfahrung gemacht, daß sich diejenigen Anwärter am besten einarbeiten, bei denen seit dem Zwang der Militärzeit 1 bis 2 Jahre verflossen sind, da sie sich dann leichter wieder in die durch das Anstaltsleben unumgänglich bedingten Einschränkungen ihrer Lebensführung eingewöhnen. Man wird indes gut daran tun, diese Einschränkungen auf das Mindestmaß dessen, was durch die Verhältnisse unbedingt geboten ist, zu beschränken, d. h. das männliche Pflegepersonal nur insoweit zeitlich an die Anstalt binden, als es tatsächlich bei zweckmäßiger Organisation des Dienstes nicht entbehrt werden kann. In Rufach hat es sich ermöglichen lassen, in dieser Richtung ziemlich weit zu gehen: Jeder Pfleger hat jeden dritten Sonntag dienstfrei; als Ersatz für die Sonntage, an welchen er Dienst tun muß, hat der Pfleger außerdem jeden neunten Tag zu seiner völlig freien Verfügung; und ferner darf jeden Abend von 7 Uhr ab etwa die Hälfte der Pfleger beliebig ausgehen, wobei für die Rückkehr eine zeitliche Begrenzung nicht gegeben wird. Diese Freiheiten, welche mir auch aus prinzipiellen Gründen unumgänglich scheinen, bergen ja manche Schwierigkeiten und Gefahren; diese sind aber, wenn man gewohnheitsmäßigen Nachtschwärmern kündigt und jeden, der betrunken heimkehrt, kurzer Hand entläßt, zu ertragen, und diese Liberalität wird erheblich zur Zufriedenheit des Personals beitragen. Notwendig sind natürlich auch besondere Pflegerzimmer und besonderer Pflegertisch mit ausreichenden Pausen für ruhiges Einnehmen der beiden Hauptmahlzeiten.

Man steht allgemein auf dem Standpunkt, daß jede Anstalt am besten daran tut, sich ihr Personal selbst auszubilden; das bedeutet, daß man nur in Ausnahmefällen Personal annehmen wird, welches schon an anderen Anstalten tätig war, und auf keinen Fall sogenannte „Anstaltsreisende", welche von Anstalt zu Anstalt ziehen. Bei der Verschiedenartigkeit der Anstalten, dem besonderen Geiste der in einer jeden herrscht, sind Pflegerschulen, die das Personal für eine Mehrzahl von Anstalten ausbilden, nicht angebracht. Die Fachausbildung erfolgt einmal in Form von Ausbildungskursen und dann in fortdauernder ärztlicher Unterweisung. Der Fachunterricht soll nach Mercklin 17 bis höchstens 20 Unterrichtsstunden umfassen; kurze anatomisch-physiologische Belehrung sei nützlich; der Unterricht solle vorwiegend Anschauungsunterricht sein. Prüfungen und aktenmäßiges Niederlegen der Prüfungsresultate hält Mercklin für unerläßlich. Als Nutzen und erstrebenswerter Erfolg wird u. a. bezeichnet:

1. Das Pflegepersonal lernt einsehen, daß die Irrenpflege eine Kunst ist, die gelernt werden muß. Es wird zur Zurückhaltung und Unterlassung eigenmächtiger Eingriffe erzogen.

2. Der Unterricht gibt eine vorzügliche Gelegenheit, das Personal kennen zu lernen und nach Bildung und Intelligenz zu klassifizieren.

3. Es ist zwar nicht möglich, durch Unterricht aus untüchtigen tüchtige Pfleger zu machen; doch die tüchtigeren Elemente werden in ihrem Wissen und Können gefördert.





Gelegentlich der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte 1897 fand im Anschluß an einen Vortrag von Siemens eine Diskussion über die Frage der Prüfung und Diplomierung des Pflegepersonals statt. Man verhielt sich im allgemeinen ablehnend, da man dadurch „Halbbildung, Größenwahn, Pfuscher und Besserwisser" groß ziehe (Forel). Wichtiger sei Gutmütigkeit und vollkommenste technische Schulung (Ganser). Dieser Standpunkt ist auch jetzt noch zutreffend. So bleibt die dauernde Schulung durch die Abteilungsärzte, insbesondere bei den regelmäßigen Visiten, aber auch bei jeder besonderen Situation, in welcher der Arzt mit dem Pfleger zusammenarbeitet und von seiner Hilfe Gebrauch macht, das stete Dozieren und Demonstrieren auf der Abteilung weitaus das wichtigste Ausbildungsmittel. Deshalb gehören die Ärzte möglichst viel und möglichst lang auf die Krankenabteilung, und genügt die rein formale Abwicklung der Abteilungsgeschäfte durch den Arzt, und wäre sie an sich noch so korrekt, ebenso wenig wie glänzende wissenschaftliche Betätigung allein gegenüber der andauernden, eingehenden, liebevollen und individualisierenden Beschäftigung des Arztes mit seinen Kranken unter aufklärender und suggestiver Bearbeitung des Personals. Nur auf diese Weise ist aus gutem Material ein genügendes Personal zu erziehen. Hat man gutes Personal herangebildet, so wird man es sich erhalten durch humane Behandlung und gemütliche Anteilnahme an seinen persönlichen Interessen unter Vermeidung souveräner Unnahbarkeit oder einer „mehr oder weniger geglückten Kopie des unpersönlichen militärischen Kommandotons" (Hoppe), durch Gewährung genügender Freiheit und vor allem von ausgiebigen Gehaltsstufen und der Möglichkeit, sich zu verheiraten.

Für das weibliche Personal bildet der Beruf der Pflegerin in der Regel keinen Lebensberuf. Mit hohen Anfangsgehältern, welche die landesüblichen Dienstbotenlöhne übertreffen, wird man gesunde, solide und intelligente Mädchen heranziehen, mit wenigen raschen Lohnsteigerungen sie für einige Jahre dem Anstaltsdienste erhalten, und ihnen durch Gewährung einer Dienstprämie nach wenigen Dienstjahren, die das Heiraten erleichtert, einen weiteren Anreiz geben, einige Jahre im Anstaltsdienst auszuharren. Für männliche Pfleger spricht sich Hoppe gegen Dienstprämien aus, welche er als „einstweilen einbehaltenen Lohnanteil" bezeichnet; sie haben hier tatsächlich weniger Bedeutung. Hoppe ist auch für eine berufsgenossenschaftliche Organisation der Pfleger mit einem Pflegerausschuß, wodurch ein wirkliches Standesbewußtsein geweckt werden soll. Dieser Ausschuß, auf dessen Zusammensetzung der Direktor sich Einfluß sichern könne, solle Wünsche des Personals dem Direktor vortragen, Streitigkeiten der Pfleger untereinander vermitteln, als Vorstand des Pflegerheims dienen. In Rufach finden mit befriedigendem Erfolg gelegentliche Besprechungen des Direktors mit den Stationspflegern über die Wünsche des Personals statt. Weitere strittige Fragen sind, ob man gebildetes Personal verwenden soll, was im allgemeinen außer für Privatanstalten abgelehnt wird, sowie ob nach dem Vorbild von Schottland, wo es sich nach Engelken gut bewährt hat, weibliches Personal auf gewissen Männerabteilungen (für Ruhige und Sieche) verwendet werden könne. Mit katholischen Ordensschwestern auf Männerabteilungen hat man mancherorts (Kliniken in München und Straßburg, Anstalt Stephansfeld) gute Erfahrungen gemacht.



Zwischen Ärzten und Pflegepersonal ist durchweg das Oberpflegepersonal als Zwischeninstanz eingeschoben. Seine Aufgabe ist die Einführung, Verteilung, Überwachung und Instruierung des Personals, die gesamte Kontrolle des Abteilungsdienstes in ökonomischer und ärztlicher Hinsicht, die Ausführung schwierigerer und verantwortlicher ärztlicher Verordnungen. Es ist darauf zu halten, daß es möglichst von unnötigem Schreibwerk frei gehalten werde, da es durch persönliche Anwesenheit bei allen komplizierteren Situationen und direktes Eingreifen wirken soll. Ein gewisses Maß von Listenführung wird man demselben aber immer überlassen müssen. Als Oberpfleger wählt man intelligente, autoritäre Männer, welche imstande sind, durch ihre Persönlichkeit sich Achtung zu erzwingen, ohne zu dem Kommandoton der Unteroffiziere greifen zu müssen. Als Oberpflegerinnen werden in der Regel gebildete Damen gewählt, welche aber neben den nötigen Eigenschaften des Verstandes und des Herzens auch die erforderlichen Detailkenntnisse in der Irrenpflege haben müssen, wenn sie sich vor ihren älteren Pflegerinnen nicht bloßstellen sollen. Wo man Ordensschwestern an der Spitze der Krankenstationen hat, wird die Oberin natürlich auch eine Schwester sein.

Den einzelnen Krankenstationen werden Stationspfleger respektive -Pflegerinnen vorgesetzt, welche die Verantwortung für den Betrieb dieser Abteilungen und für das Inventar zu haben pflegen. Man wird ihnen zweckmäßigerweise auch finanziell eine gehobene Stellung dem anderen Personal gegenüber geben.

## d) Allgemeine Wirkungen der Anstalt.

Die Aufnahme in die Anstalt erfolgt selten mit Zustimmung des psychisch Erkrankten, meist ohne, häufig auch gegen seinen Willen. Die Selbstbestimmung des Geisteskranken, das Bestimmungsrecht seiner bisherigen Umgebung wird ausgeschaltet und dafür der souveräne Wille des behandelnden Arztes gesetzt.

Diese Aufhebung der freien Betätigung der Intentionen des kranken Menschen und seiner Angehörigen in bezug auf ihn ist notwendig und ein integrierender Bestandteil der Anstaltsbehandlung.

Von den Angehörigen wird man zwar nicht die Absicht, bewußt zu schaden, voraussetzen dürfen, aber doch häufig mangelndes Verständnis und fehlende Objektivität aus Unkenntnis der Verhältnisse und Trübung des Urteils durch Wunsch- und Furchtaffekte. Die Entfernung aus dem häuslichen Milieu ist also in der Regel für die Entwicklung einer wirksamen psychotherapeutischen Betätigung des Arztes nicht zu entbehren, da auf ein verständnisvolles Mitarbeiten der Verwandten im allgemeinen nicht zu rechnen ist, im Gegenteil von denselben dauernde Hemmungen und Durchquerungen der ärztlichen Intentionen zu befürchten ständen, die alles ärztliche Handeln illusorisch machen würden. Ausnahmen kommen natürlich vor.

Der Irrenarzt wird leider selten mit dem Verständnis und dem Einverständnis seiner Kranken rechnen können, so daß viele, häufig die meisten, oft alle Maßnahmen der Behandlung gegen den Willen oder wenigstens ohne Unterstützung des Kranken selbst werden angewendet werden müssen, also ihre Anwendung einen gewissen Zwang verlangt, der, da körperliches Zwingen

verpönt ist, durch die Mittel der Autorität, Freiheitsbeschränkung, Beispiel der Mitkranken, Hausordnung ersetzt werden muß.

Der Anstaltsaufenthalt als solcher wirkt nach mehreren Richtungen psychotherapeutisch vorteilhaft auf den Geist des Erkrankten. Wenn auch die Last dauernder gemütlicher Sorgen durch ihn nicht aufgehoben wird, so treten sie doch mehr in den Hintergrund, da der Kranke nicht täglich und stündlich daran erinnert wird und sich nicht aktiv damit befassen kann; sodann fallen alle die kleinen täglichen Reizungen und Unlustquellen weg, die bei krankhaft gesteigerter Sensibiliät oft mehr angreifen und schädigen als wirkliche Sorgen. Die dauernden kleinen oder auch ernstlichen Konflikte des Familienlebens, die auch sonst nicht fehlen und bei psychischer Veränderung eines Familienmitgliedes kaum jemals ausbleiben, die normalen und die pathologisch gesteigerten oder erschwerten Kämpfe um die soziale Existenz verlieren mit der Verbringung in die Anstalt ihre aktuelle Bedeutung. Es ist eine Aufgabe der ärztlichen Fürsorge diesen Vorgang der psychischen Entspannung nicht durch vorzeitige und ungeeignete Besuche, durch gerichtliche Vernehmungen, Bemengung des Kranken mit geschäftlichen Angelegenheiten zu gefährden, wenn nicht überwiegende Interessen ein Abgehen von diesem Standpunkt gebieterisch verlangen. In der Frage der Gestattung von Besuchen ist allerdings als mitbestimmendes Motiv das Mißtrauen des Publikums gegen die Anstalten zu beachten, und dieses Mißtrauen, dessen Bekämpfung, auch im Interesse der Geisteskranken, eine unserer Hauptaufgaben sein muß, läßt es wünschenswert erscheinen, Besuche von Angehörigen nur in zwingenden Fällen abzulehnen, lieber eine gelegentliche vorübergehende Beeinträchtigung des Befindens unserer Kranken mit in Kauf zu nehmen, als bei den Angehörigen durch Besuchsverweigerung einen Nährboden für die Keime der argwöhnischsten Befürchtungen und Vermutungen zu bereiten.

Wenn man Besuche verbietet, so werden die Angehörigen oft das Vertrauen in die Anstalt verlieren, die Kranken zu früh aus der Anstalt holen (bei freiwilligen Aufnahmen!), und so wird die Behandlung oft, um kleinere Beeinträchtigungen der Wirkung zu vermeiden, ganz aufgehoben werden. So läuft eben immer alles auf Kompromisse, auf eine vorsichtige Abschätzung der oft kontrastierenden Wirkungen unserer Entschlüsse hinaus. Bei vorheriger sorgfältiger und energischer Instruktion der Besucher gehören schlechte Nachwirkungen der Besuche zu den Seltenheiten. Böswilligen und unintelligenten Angehörigen wird man allerdings nicht zu selten die Erlaubnis weiterer Besuche entziehen müssen, was hier um so weniger zu bedeuten hat, als gegenüber bösem Willen und beschränkter Verbohrtheit Aufklärung und der Augenschein doch der beweisenden Kraft entbehren.

Vor der Aufnahme in die Anstalt hat der Kranke als leidendes Objekt unter den Einwirkungen von Familie und Gesellschaft gestanden; er hat sich aber auch in der Außenwelt als handelndes Subjekt geschädigt, durch Überarbeitung oder dumpfes Dahinbrüten, durch übertriebene Ängstlichkeit oder Vernachlässigung, durch Entziehung des Notwendigsten oder durch ein üppiges Lotterleben mit Ausschreitungen in sexueller Hinsicht und im Trinken. Auch das wird mit einem Schlage in der Anstalt anders; der Kranke bekommt diejenige Lebensweise diktiert, welche der fachkundig und objektiv urteilende



Arzt für die seinem Zustande entsprechendste erachtet. Er muß leben, nicht wie ihn krankhafte Empfindungen, Vorstellungen und Triebe treiben möchten, nicht nach seinen subjektiven, infolge der Krankheit oder auch aus Urteilslosigkeit, Verführung, Veranlagung falschen Wünschen, sondern nach objektiven Überlegungen, planmäßig in der für die Rettung seines Geistes zweckmäßigsten Weise. Es ergeben sich hieraus gewisse ziemlich weitgehende Analogien zwischen der Behandlung, wie sie dem gestörten, mit der, wie sie dem kindlichen Geiste zuteil wird, indem in beiden Fällen die Fernhaltung von durch eigenes und fremdes Tun erwachsenden Schäden erstrebt, und indem weiter beim Geisteskranken die Richtung nach einer Regeneration des krankhaft gestörten, beim Kinde nach einer normalen Entwicklung des kindlichen Geistes durch ein patriarchalisches Regime gewährleistet wird.

Aus dem Begriffe und den Analogien des patriarchalischen Führens ergeben sich auch manche Möglichkeiten, aus denen heraus die Anstaltsbehandlung neben dem Nutzen auch Schaden bringen kann. Die Anstalt tritt vorübergehend und oft auch dauernd an die Stelle der Familie des Kranken, aus der er herausgerissen wird. Es muß ihm also dieser Verlust, und ein solcher ist und bleibt es, auch bei ärmlichen und traurigen Verhältnissen, für die nicht etwa ganz blöde oder verworren gewordenen Kranken, möglichst wenig fühlbar gemacht werden, und deshalb müssen die Prinzipien der Anstaltsleitung sein: Konsequenz ohne Pedanterie, Energie ohne Härte, gleichbleibendes freundliches Entgegenkommen ohne Schwäche. Und die Prinzipien des Anstaltsbaues: kein Luxus, aber ein gewisser Komfort, der für die Aufgabe der individuellen Häuslichkeit, an der auch der kümmerlichste Gelegenheitsarbeiter hängt, zugunsten einer immerhin generellen Versorgung, die leicht etwas schematisches, seelenloses gewinnt, Ersatz bietet; hierin liegt auch der Hauptgrund und die wesentlichste Rechtfertigung des Strebens nach möglichster Vermeidung alles dessen, was dem Kranken seine Einschließung oder Beschränkung auf ein bestimmtes Terrain immer und immer wieder vor Augen führt und ihn auf Vergleichung seiner Lage mit derjenigen von schuldhafterweise ihrer Freiheit beraubten Gefangenen bringen und dadurch andauernde Unlustgefühle auslösen kann, also vor allem von Mauern und Gittern.

Überhaupt ist ja die Beschränkung der Freiheit an sich ein Übel und nur indirekt ein Heilfaktor, indem sie ungünstige Reize fernhält und schädliche Betätigung verhindert, und ist also auf das unbedingt notwendige Maß zurückzuführen. Das Ideal wäre psychiatrische Behandlung ohne Freiheitsbeschränkung, das zwar allgemein nicht durchführbar, dem aber die praktische Psychiatrie durch die koloniale Irrenanstalt mit teilweisem Offen-Tür-System und in neuerer Zeit durch die Ausdehnung und systematische Anwendung der Familienpflege so nahe gekommen ist, als es unsere derzeitigen Kenntnisse und Fähigkeiten erlauben.

Die beiden Gegenpole in der modernen Anstaltsbehandlung sind einerseits die *dauernde Überwachung* und anderseits die *offene Behandlung*. Beide sind Errungenschaften der neuesten Zeit, haben sich immer weiter ausgedehnt und einen großen Teil des Krankenmaterials erobert. In allerneuester Zeit, wo man vorsichtiger geworden ist und sich ärztlich-klinisch intensiver mit den Kranken beschäftigt, scheint mir die offene Behandlung eher zurückzugehen, während die dauernde Überwachung weiter ausgedehnt wurde.



So haben wir jetzt in Rufach auf jeder Geschlechtsseite acht Überwachungsstationen, in welchen Tag und Nacht gewacht wird; es steht so annähernd die Hälfte aller Kranken unter dauernder Überwachung. Nun unterliegt es ja keinem Zweifel, daß diese intensive Aufsicht vielerlei Vorzüge hat. Selbstbeschädigungen, Selbstmorde, gegenseitige Verletzungen der Kranken untereinander werden aufs äußerste eingeschränkt. Die Fürsorge für die Kranken wächst auch insofern, als Unarten aller Art und Unsauberkeit sehr beschränkt werden können. Besondere Vorrichtungen gegen die Unsauberkeit werden entbehrlich, an ihre Stelle tritt lediglich ununterbrochene Wartung und Pflege. Die sprachlichen und sonstigen motorischen Entäußerungen der Kranken gelangen zur lückenlosen Kenntnis des Arztes, indem das Wachpersonal über alles, was es sieht und hört, seine Aufzeichnungen macht.

Aber diesen Vorzügen stehen doch auch anderseits mancherlei Nachteile gegenüber, die darin begründet sind, daß manche Kranke diese ununterbrochene Aufsicht als Belästigung empfinden und dadurch dauernd gereizt und beunruhigt werden. So empfiehlt es sich vielleicht doch, mit dieser im übrigen vortrefflichen Institution nicht zu weit zu gehen. Gelegentliche Selbstbeschädigungen kommen auch bei dem intensivsten und extensivsten Überwachungsbetrieb vor, da wir mit menschlichen Hilfskräften arbeiten und also menschlichen Unzulänglichkeiten und Fehlerquellen unterworfen sind. Der Selbstmord eines Kranken bleibt ja immer ein außerordentlich bedauerliches, ja manchmal erschütterndes Ereignis. Trotzdem dürfte es nicht angebracht sein, den gesamten Anstaltsbetrieb nur vom Standpunkt der Selbstmord- und Entweichungsmöglichkeiten aus zu betrachten. Dadurch erhält dieser Betrieb leicht etwas mißtrauisches und argwöhnisches, unfreies und verantwortungsscheues, welches im ganzen genommen dem Wohle der Kranken mehr schaden kann, als ein gelegentliches, auch sonst nicht mit absoluter Sicherheit vermeidbares Unglück.

# Psychotherapie.

Von den auf die psychische Seite des Seelenlebens wirkenden therapeutischen Faktoren ist, wie ausgeführt wurde, die Allgemeinwirkung der Irrenanstalt mit ihren Einrichtungen und ihrem Betrieb weitaus der wichtigste und am mächtigsten wirkende. Es handelt sich dabei um „indirekte" psychische Therapie, im Sinne von v. Schrenck-Notzing, ebenso wie viele der später zu besprechenden physikalischen Behandlungsmethoden indirekte psychotherapeutische Nebenwirkungen haben, wovon an den betreffenden Stellen zu sprechen sein wird. v. Schrenck-Notzing bezeichnet es als Aufgabe aller psychotherapeutischen Methoden mit Hilfe der Empfindung, Vorstellung und Ideenassoziation eine möglichst intensive Teilnahme des Kranken am Heilungsprozeß zu veranlassen, und unterscheidet, neben Suggestion und Hypnose, direkte und indirekte Methoden. Jene wenden sich ohne Umschweife an die Intelligenz und suchen aktive Teilnahme des Kranken am Heilungsprozeß zu erzielen; diese wirken umgekehrt durch Ablenkung der Aufmerksamkeit vom Heilungsprozeß, wenden sich an Glauben und Phantasie und wirken durch die indirekten Mittel der Ortsveränderung, Anstaltsbehandlung, Beschäftigung.

Eine derartige Einteilung in direkte und indirekte Psychotherapie soll auch hier im allgemeinen eingehalten werden, wobei die indirekten Methoden schon deshalb weitaus die wichtigeren sein werden, weil bei der Natur der Geistesstörungen auf eine aktive Teilnahme der Kranken am Heilungsvorgang nur in den seltensten Fällen zu rechnen sein wird.

## a) Direkte Psychotherapie.

Die direkten Methoden wenden sich an Intellekt, Gefühl und Willen; der behandelnde Arzt versucht, durch die Mittel der Überredung oder Überzeugung krankhaft gestörte Intelligenz-, Gefühls- und Willenszustände direkt in einem von ihm gewünschten Sinne zu beeinflussen. Ehe wir aber auf Einzelheiten dieser Methode eingehen, wäre zunächst zu überlegen, ob es bei Geistesstörung überhaupt eine „direkte" Psychotherapie geben kann, ob es möglich ist, den Ablauf psychischer Störung durch Einwirkung auf Vorstellungsleben, Gefühl und Willen irgendwie zu beeinflussen. Die Schwierigkeit der Beantwortung

dieser Frage liegt zum Teil in der Unsicherheit der Grenzbestimmung desjenigen Krankheitsgebietes, welches wir unter die geistigen Störungen einbegreifen. Rechnet man zu den Geistesstörungen nur die groben Psychosen, d. h. ausgesprochene Fälle von expansiver oder depressiver Erregung, von Verwirrtheit, Verrücktheit oder Blödsinn, so ist da eine Beeinflussung durch das gesprochene Wort des Arztes natürlich ausgeschlossen. Anderseits kann aber nicht bestritten werden, daß es möglich ist, leichte Fälle von Depression oder Erregung, geringgradige intellektuelle oder moralische Defekte und alle Formen geistiger Störung bei Übergang in Rekonvaleszenz psychotherapeutisch im günstigen Sinne zu fördern. Dasselbe gilt, wenn auch in geringerem Umfange für die psychogene Überlagerung schwerer Störungen, wie wir sie insbesondere bei Depressionszuständen, aber auch selbst bei organischen Erkrankungen und den meisten sonstigen Symptomenkomplexen vorfinden. Diese Überlagerungen können oft direkt psychotherapeutisch angepackt und beseitigt und damit eine manchmal nicht unbedeutende pathologische Überlagerung von dem psychotherapeutisch nicht beeinflußbaren Grundleiden weggeräumt werden.

Es soll hier nicht die Rede sein von den bekannten Regeln für den Umgang mit Geisteskranken, wie z. B. daß man Wahnideen nicht bestätigen, ihnen aber auch nicht widersprechen soll und ähnlichen Dingen, die für den Psychiater Selbstverständlichkeiten sind und wohl in einem Leitfaden für Irrenpfleger am Platze, aber hier nicht zu besprechen sein dürften. Ein gewisser Einfluß kann einem solchen zweckmäßigen Verhalten den Geisteskranken gegenüber, das oft mehr eine Frage angeborenen Taktes als erworbener Kenntnisse ist, nicht abgesprochen werden, insofern als bei ungeschickter und unzweckmäßiger Art, die Geisteskranken zu nehmen und ihnen gegenüber zu treten, beruhigende Wirkungen vermieden, reizende Wirkungen ausgeübt werden. Hierdurch würde gegen die Grundregel jeder Therapie, erkrankte Organe schonend zu behandeln und nicht zu reizen, verfehlt. Durch gelegentliches unzweckmäßiges Auftreten Geisteskranken gegenüber können Erregungszustände ausgelöst, durch konsequentes Vergreifen im Ton und Verhalten mag nicht selten der Krankheitsverlauf in ungünstigere Bahnen geleitet werden. Kerris behauptet sogar, indem er unsere Patienten für überwiegend „passiv" erklärt, durch Erziehung seines Personals zu jederzeit besonnenem, zweckmäßigem, überlegtem Verhalten auch in den kritischsten Situationen alle Erregungszustände von Geisteskranken seiner Abteilungen durchweg vermeiden zu können, und führt alle derartigen Ausbrüche auf Ungeschicklichkeiten des Pflegepersonals zurück, worin er sicher zu weit geht. Tatsache ist jedenfalls, daß eine sorgfältige Auswahl und Schulung des Personals die erste Voraussetzung für einen möglichst milden Verlauf des psychischen Krankheitsprozesses sein dürfte. Auch das Verhalten des Arztes kann viel in dieser Richtung in positivem wie negativem Sinne wirken oder verschulden. In erster Linie gilt hier der Satz, daß der praktische Irrenarzt Zeit und Geduld haben muß, sich jedem seiner Kranken unermüdlich zu widmen, und auch die langatmigsten und anscheinend überflüssigsten Erzählungen und Beschwerden entgegenzunehmen; ein brüsker Abbruch der Unterhaltung zwischen Arzt und Patient hat schon manchen schweren Aufregungszustand ausgelöst. Denn es kommt hierbei weniger darauf an, was etwa dem Arzt diagnostisch wichtig erscheint, als vielmehr darauf, was für den Kranken selbst



mit Gefühlsbetonung verbunden ist. Ob bei der Unterhaltung des Arztes mit dem Kranken im einzelnen ablenkende oder vertröstende, zustimmende oder vermahnende Worte am Platze sind, darüber lassen sich allgemeine Regeln nicht aufstellen. Es ist dies eine Sache der Erfahrung, die sich jeder einzelne selbst erwerben, die aber noch in höherem Grade als psychiatrischer Takt angeboren sein muß.

Wenn hier von direkter psychotherapeutischer Behandlung die Rede ist, so sind damit lediglich gemeint die von dem Arzt selbst auszuführenden Versuche psychischer Beeinflussung des Krankheitszustandes, welche, nach einem bestimmten Plane angelegt, den Zweck haben sollen, den Krankheitsverlauf in bestimmte Richtung zu leiten. Von den bekannten typischen Methoden haben Hypnose und Psychoanalyse eine sehr geringe, die Aufklärung (Persuasion) im Sinne Déjérines und Dubois, die sich an den Intellekt wendet, eine etwas größere, diejenigen Methoden aber, die auf Gefühl und Willen wirken sollen, die relativ erheblichste Bedeutung. Ich lasse hierbei die Neurosen im engeren Sinn als nicht in das Gebiet dieser Darlegungen fallend, außer Betracht, indem die nachfolgenden Betrachtungen nur für ausgesprochene Psychosen und für Psycho-Neurosen mit erheblichen psychischen Störungen als zutreffend reklamiert werden sollen.

Die Hypnose ist für die Behandlung psychischer Störungen ohne jede Bedeutung. Es erübrigt sich daher, die verschiedenen Methoden derselben hier im einzelnen zu besprechen. Eine klare zusammenfassende Darlegung gibt Mohr in Lewandowskis Handbuch der Neurologie. Er ist ein warmer Anhänger der Hypnose in geeigneten Fällen, als welche er insbesondere Phobien, Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bezeichnet; daneben abnorme sexuelle Neigungen, leichtere Stimmungsschwankungen und auch die nervöse Schlaflosigkeit. Dazu möchte ich nur bemerken, daß die Zwangshandlungen der Katatoniker durch die Hypnose ebensowenig zu beeinflussen sind, wie durch andere psychische Behandlungsmittel, und daß auch die schweren endogenen Verstimmungen der Epilepsie dieser Methode nicht zugänglich sind. Bei ausgesprochenen Geistesstörungen hat Mohr durch die Hypnose keine Erfolge gesehen. Ich selbst habe bei den allerdings nicht zahlreichen Versuchen der Anwendung der Hypnose bei Geistesstörungen nichts erreicht. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle gelingt dieselbe überhaupt nicht. Mohr bezeichnet die Hypnose als entschieden kontraindiziert bei all den Formen psychischer Störung, die zur Wahnbildung neigen oder bei welchen heftigere Erregungszustände zu erwarten sind. Da man dies wohl von allen ausgesprochenen Geistesstörungen sagen kann, so darf die Frage über den Wert der Hypnose mit gutem Gewissen der Neurologie überlassen bleiben.

Auch über die Psychoanalyse, die durch die Züricher Schule in die Psychiatrie eingeführt und auch für den Versuch eines Verständnisses katatonischer Zustandsbilder herangezogen worden ist, wird von psychiatrischer Seite mit zunehmender Schärfe ablehnend geurteilt. Auf der letzten Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen hat zwar Wanke die Psychoanalyse lebhaft gerühmt; sie baue sich auf tiefster psychotherapeutischer Erkenntnis auf; Assoziationsversuche, Deutung der Einfälle, der Träume, überhaupt des Phantasielebens seien ihre Mittel. Im Anschluß an diesen Vortrag sprachen



sich Anton und v. Strümpell scharf gegen diese Methode aus, die als Epidemie bezeichnet, und deren oft verderbliche Einflüsse auf die damit beglückten Kranken hervorgehoben wurde. Nach Aschaffenburg ist die Methode für die Kranken peinlich, oft direkt schädlich, ohne daß die Ergebnisse diejenigen anderer Behandlungsmethoden überträfen.

Allgemein anerkannt ist der Wert der Psychoanalyse im alten Sinne. Es ist für die Kranken außerordentlich wohltätig, sich gründlich und rückhaltlos aussprechen zu dürfen. Die Voraussetzung jeder psychischen Behandlung ist eine bis ins einzelnste gehende Durchforschung des Seelenlebens der Kranken und ihrer Vorgeschichte. Besonderer Wert ist darauf zu legen, daß man die Kranken bei der ersten Untersuchung eine lückenlose Autoanamnese erzählen läßt, unter Vermeidung aller suggestiven Fragen, aber indem man zugleich Sorge trägt, daß Lücken dieser Darstellung durch den Kranken ausgefüllt werden. Dabei geschieht es nicht selten, daß die Kranken, indem sie peinliche oder schmerzliche Erlebnisse aus ihrer Vergangenheit dem Arzte darstellen, und dieser sie ihnen in geeigneter Weise begründet oder aufklärt, nicht bloß für den Augenblick getröstet, sondern auch für längere Zeit in ihrem Befinden günstig beeinflußt werden. Jedenfalls ist eine gründliche Psychoanalyse in diesem Sinne die unumgängliche Voraussetzung jeder Psychotherapie.

Einen gewissen Wert können auch bei der Therapie mancher ausgesprochenen geistiger Störungen diejenigen psychotherapeutischen Methoden beanspruchen, welche sich an den Intellekt des Kranken wenden und mit den Mitteln der Belehrung, Aufklärung und Überzeugung zu wirken versuchen. Es unterliegt ja keinem Zweifel, daß diese insbesondere von Dubois, aber auch von Déjérine ausgebildete Methode, den Kranken von dem Irrigen seiner Vorstellungen zu überzeugen und ihm damit den Weg zu zeigen, derselben Herr zu werden, ihm einen Lebenszweck zu geben und seine altruistischen Gefühle zu wecken, das Ideal einer Psychotherapie darstellt. Diese Psychotherapie soll die krankhafte Geistesverfassung umkehren, welche die psychopathischen Erscheinungen bedingt hat. Dubois spricht von einer „geistigen Orthopädie“ durch ein „traitement moral“. Indem psychisch Labile zu einer gesunden Lebensphilosophie und zum Altruismus erzogen werden, erhalten sie die nötige psychische Stütze, um sich im Gleichgewicht zu halten. Dubois betont selbst, daß Erfolge dieser moralischen Therapie nur da zu erwarten seien, wo Streben nach Höherem bestehe. Wo völlige Unabhängigkeit vom Willen, da sei auch keine Psychotherapie mehr möglich. Damit sind die Grenzen der Anwendbarkeit dieser Methode bei psychischen Störungen gegeben. Sie wird versucht werden können bei den an der Grenze der Geistesstörung stehenden psychopathischen Grenzzuständen, bei den Zuständen leichter intellektueller und moralischer Defekte, „wenn bei näherer Untersuchung noch irgend eine moralische Saite anklingt“ (Dubois); auch bei leichten melancholischen und hypochondrischen Zuständen tut die immer wiederholte Aufklärung über die krankhafte Natur der Kümmernisse und Beschwerden in allerdings seltenen Fällen gute Dienste. Doch ist hier mit größter Vorsicht zu verfahren, und sind die geeigneten Fälle ängstlich zu wählen, da im allgemeinen natürlich die bekannte Regel gilt, daß man Wahnideen nicht ausreden kann, da deren Überzeugungskraft stärker ist wie jedes Raisonnement. Doch wird der erfahrene Psychiater



bald ergründen, ob es sich um psychogene Überlagerungen handelt, welche einer Kritik noch zugänglich sind oder um ausgesprochene Wahnbildungen. Manche Kranken lassen sich auch, ohne eigentlich überzeugt zu werden, gern auf diese Weise trösten, bei anderen allerdings wirkt jeder Versuch einer Überzeugung umgekehrt aufreizend und verschlimmernd. Im allgemeinen kann man sagen, daß alle diejenigen Kranken, welche ein gewisses Maß von Krankheitseinsicht besitzen, einer aufklärenden Psychotherapie zugänglich sind, und daß diese Möglichkeit so weit reicht, wie ihre Krankheitseinsicht. Besteht nicht wenigstens Krankheitsgefühl, so ist jeder Versuch einer aufklärenden Therapie als schädlich zu bezeichnen. Insbesondere aber kann die Rekonvaleszenz durch vorsichtigste Anwendung aufklärender Therapie günstig beeinflußt und beschleunigt werden, indem der von selbst einsetzenden Krankheitseinsicht die Wege geebnet werden. Doch ist hier besondere Vorsicht geboten, um nicht in der Absicht, zu viel zu erzwingen, alles aufs Spiel zu setzen. Es ist zu bemerken, daß die in solchen Fällen angebrachten Aufklärungs- und Überzeugungsversuche in ihrer Methodik absolut nichts typisches haben und von Fall zu Fall aus der Erfahrung und Intuition des behandelnden Arztes entspringen müssen.

Dasselbe gilt für die nachfolgenden Ausführungen. Es können nur allgemeine Regeln, Erfahrungen und Betrachtungen mitgeteilt werden, wenn man nicht in den laienhaften Stil der Pflegerleitfaden verfallen will. Von der sich an den Intellekt wendenden Methode der „Persuasion" führen unmerkliche Übergänge zu den suggestiven Methoden, welche unter Beiseitelassung jeden Versuches einer Überzeugung einen Appell an den Willen darstellen, sei es direkt auf dem Wege der Wachsuggestion oder indirekt durch Anregung von Gefühlsregungen und Wünschen. Es ist bekannt, wie mächtig auf den Ungebildeten die Suggestion wirkt, daß er von denjenigen, welche aus irgend einem Grunde für ihn Autorität sind, Ansichten und Erkenntnisse hinnimmt und auf Grund derselben eigene Ansichten korrigiert, ohne sie auf ihre Richtigkeit zu prüfen oder prüfen zu können. Die Analogie für die Behandlung psychischer Störungen ist naheliegend. Die suggestiv-imperative Methode wird man überall dort anzuwenden versuchen, wo man es mit schwachem Intellekt, sei es im Sinne der Imbezillität oder erworbenen Demenz zu tun hat. Allerdings wird man in all denjenigen Fällen damit Schiffbruch leiden und das Gegenteil erzielen, wo aus dem akuten Stadium negativistische Neigungen in den chronischen Zustand hinüber genommen worden sind. Wo das aber nicht der Fall ist, werden Krankheitssymptome auf diese Weise nicht selten behoben, gesunde Neigungen geweckt werden können. Zwar ist es richtig, was Dubois sagt, daß die Suggestion nur auf die Erscheinungen wirkt und die Quelle derselben nicht verstopft. Aber was wir bei chronischen Defektzuständen erreichen wollen, sind Verbesserungen des Verhaltens mit dem Endzweck, die krankhafte Persönlichkeit in ihrem Benehmen so sozial zu gestalten wie möglich. Wenn unsoziale Symptome beseitigt, soziale Betätigung befördert wurde, dann ist eine nützliche Arbeit getan. Wird dies durch innerliche Veränderung der krankhaften Persönlichkeit erreicht, wie es Dubois haben will, so ist es natürlich schon deshalb besser, weil der Erfolg gründlicher und sicherer ist. Wo aber die Fähigkeit zum logischen Denken fehlt, also eine Überzeugung nicht möglich ist, muß man auch mit der einfachen Beeinflussung der krankhaften Erscheinungen selbst zufrieden sein. So urteilt auch Heß, der die Erziehung seiner

jugendlichen Geisteskranken und moralisch Defekten nicht religiös-philosophisch, sondern rein utilitaristisch durch Gewöhnung und imperative Unterdrückung antisozialer Neigungen und Triebe erreichen will, wobei es sich um immer wiederholte Wirkung im oben dargelegten Sinne handelt. Er empfiehlt Pädagogien im Anschluß an Irrenanstalten, deren Zweck die Vorbereitung zu einer Tätigkeit in der Außenwelt sein soll. Als Übergang wünscht er Besuch von Schulen und Geschäften von der Anstalt aus und schließlich Familienpflege und Arbeit unter Anstaltskontrolle. Unter den Geisteskranken hält er für diese mehr „dressierende" Art der Erziehung neben Rekonvaleszenten, welche sich meines Erachtens weniger dafür eignen dürften, weil man Höheres von ihnen erreichen kann, folgende Formen für geeignet: Remissionen von Psychosen und deren Ausgangszustände und insbesondere Psychopathen und moralisch Defekte.

Bei verwirrten oder schwer agitierten Geisteskranken ist ja jede psychische Einwirkung überhaupt ausgeschlossen. Doch bei nicht erregten chronischen Fällen, auch wenn sie schwere Symptome wie Wahnideen und Sinnestäuschungen darbieten, ist die suggestive Psychotherapie immerhin nicht ohne Einfluß auf das allgemeine Verhalten, wenn auch nicht auf den Verlauf. Wenn der Arzt gewandt, vorurteilslos, dialektisch geschickt und eine geistig überlegene Persönlichkeit ist, wird er durch nebenbei hingeworfene Bemerkungen, beabsichtigte Scherze oder immer wiederholte anscheinend unabsichtliche Äußerungen vieles erreichen und manches verhindern können. Ich möchte diese Art der Einwirkung auf den Geisteskranken, welche man nicht als Methode bezeichnen kann, da sie zu vielgestaltig und individuell verschieden ist, als „nebenbei angewandte Dauersuggestion" bezeichnen. Sie wird verschieden sein, nicht nur nach der Art der Krankheit und der Individualität des Kranken, sondern auch nach derjenigen des Arztes.

Als an den Willen sich wendende Methoden kann man schließlich noch all dasjenige Vorgehen bezeichnen, welches versucht den Rest von gesunden Wünschen und Gefühlen des Kranken zu benutzen, um ihn von krankhaften Ideen oder von den Handlungsfolgen dieser Ideen abzulenken und seinem Geiste eine gesundere Gedankenrichtung zu geben. Man wird den im Bann seiner Wahnideen lebenden depressiven Kranken darauf hinweisen, daß er doch einmal wieder nach Hause kommen und für seine Familie sorgen könnte, dem Apathisch-Gehemmten versuchen, ein Betätigungsziel für die Zukunft zu zeigen, das ihn früher wohl gereizt hätte. Diese Art des Vorgehens gehört aber ausschließlich in die Rekonvaleszenzperiode und vermag, wie die Versuche der Aufklärung, lediglich bei beginnender Krankheitseinsicht den bereits eingetretenen Heilungsvorgang zu unterstützen. Wie dort, und noch mehr wegen der Gefahr der Affektsteigerung, ist ein verfrühtes Wecken von Wunschvorstellungen und Verantwortlichkeitsgefühlen nutzlos und gefährlich. Während des akuten Stadiums wird man viel mehr und häufiger bestrebt sein müssen, derartige von selbst auftretende Wunschvorstellungen zu unterdrücken und die Kranken zu vertrösten, daß sie ja doch ihren Pflichten nicht nachkommen könnten, da sie krank seien und das Recht und die Pflicht hätten, lediglich ihrer Gesundheit zu leben. Eine Weckung des Krankheitsgefühls soll ja nicht nur intellektuell eine Besserung des geistigen Zustandes erzielen, indem es der Anfang jedes Krankheitsverständnisses und damit der Heilung sein muß. Es soll auch das unsinnige



Fortdrängen der Kranken dämpfen und damit das innerliche Abarbeiten an der Heimwehvorstellung mit ihren gesunden und kranken Affekten, wie wir es so oft bei Melancholikern finden, lindern. Also bei Affektpsychosen ist die psychotherapeutische Verwertung von Wunschvorstellungen eine bedenkliche und gefährliche Sache. Anders bei ausgesprochenen Rekonvaleszenten, die durch Hoffnungen und Wünsche intensiv gefördert werden können, und auch bei leicht Schwachsinnigen und ethisch Defekten. Hier berührt sich die Methode wieder mit derjenigen der Persuasion und ethischen Erziehung im Sinne Dubois, der „reéducation" Déjérines.

## b) Religion und Philosophie.

Von indirekter psychischer Behandlung wird man dann sprechen, wenn es sich nicht um den Versuch einer direkten Einwirkung auf die kranken Gedankengänge und Impulse handelt, sondern wenn vielmehr der Versuch gemacht wird, durch Anregung gesunder Vorstellungskreise und Tätigkeiten den Ablauf des Krankheitsprozesses zu hemmen, den Geist von krankhaften Vorstellungen abzulenken. An erster Stelle als mit dem vorigen in nächster Beziehung stehend wäre zu nennen und zu besprechen die Bedeutung einer psychohygienisch günstigen Welt- und Lebensauffassung im Sinne der Religion oder der Philosophie. Es konnte bereits in dem Kapitel über die Prophylaxe psychischer Störungen betont werden, welch enorme Bedeutung einer gefestigten, über jeden Zweifel und Affektsturm erhabenen Welt- und Lebensauffassung zukommt, wie sie insbesondere einer von Kind auf eingeprägten religiösen Weltauffassung innewohnt. Eine solche gibt eine feste Grundlage für Denken, Arbeiten und Wirken und trägt dazu bei, dem Geistesleben Stabilität zu bewahren und eine Konsumtion der Geisteskräfte durch aussichtslose Grübeleien mit meist unzureichenden Geistesmitteln hintanzuhalten. Eine ebenso große Stütze wie für die Bewahrung des psychischen Gleichgewichtes wird eine religiöse Lebensauffassung auch für die aktive Psychtherapie der bereits ausgebrochenen Psychose sein können, indem der Psychotherapeut die Möglichkeit hat, an Glaubenswerte zu appellieren.

Während es bei den depressiven Kranken mehr das tröstende Element, das Gottvertrauen und ein gesunder Optimismus sein wird, auf welchen die Kranken hinzuweisen sind, so wären bei willensschlaffen Rekonvaleszenten sowie bei debilen und imbezillen Kranken mehr die sittlichen Forderungen, das Sollen und Müssen, die moralischen Verpflichtungen, wie sie die Religion gebietet, in den Vordergrund zu schieben. In dieser Richtung kann ein intelligenter und im Umgang mit Geisteskranken erfahrener Geistlicher manches Gute wirken, wenn er sich das nötige Verständnis für die Eigenartigkeit der Seelsorge bei Geisteskranken erworben hat und ausschließlich in enger Fühlungnahme mit dem behandelnden Arzt seinen Beruf ausübt. Auch regelmäßiger Gottesdienst, für welchen die geeigneten Kranken durch den Arzt auszuwählen sein werden, kann in mancher Hinsicht fördernd wirken.

Was den gläubigen Kranken die Religion, das kann in allerdings weniger vollkommenem Maße für die freidenkenden Kranken, soweit sie die nötige Bildung besitzen, eine nur durch gründliches Studium und lebhafte innere

Kämpfe zu erzielende feste Lebensphilosophie leisten. Ohne eine solche ist der denkende Mensch — es gibt auch andere, die gedankenlos in den Tag hineinleben und für welche das Bedürfnis des Augenblicks alles ist — haltlos und erscheint sich selbst als ein zweckloses Ding in Zeit und Raum. Wir haben aber nicht an dieser Stelle philosophische Probleme zu lösen, sondern lediglich den Wert einer festen philosophischen Weltanschauung für die Wiedergewinnung gestörter geistiger Gesundheit zu betrachten. Da ist zunächst zu betonen, daß man nur einer idealistischen Philosophie einen psychisch aufrichtenden und daher therapeutischen Wert zusprechen kann, während jede materialistische Weltauffassung einer erhebenden Wirkung für krankhafte psychische Zustände ihrer Natur nach bar sein muß. Welche Bedeutung für die Psychotherapie eine, sei es religiöse, sei es philosophische Weltauffassung beanspruchen darf, sieht man am besten in jenen verzweifelten Fällen, wo es gilt, eine irreligiös aufgewachsene Kranke, die anderseits auch nicht imstande gewesen ist, sich eine philosophische Lebensauffassung zu erwerben und unter dem Einfluß ihrer Anlage und von Schicksalsschlägen psychisch zusammengebrochen durch physikalisch-diätetische Mittel auf den Weg der Rekonvaleszenz gebracht ist, wieder aufzurichten und einer brauchbaren Zukunft entgegenzuführen. Gegenüber dem Pessimismus und Nihilismus, auf welchen man hier stößt, dem alle Lebenszwecke und Lebensziele als gleichgültig erscheinen, sind oft die psychotherapeutischen Bemühungen des Arztes erfolglos, und das Duboissche Traitement moral verfängt hier nicht, denn wie soll man so gearteten und so gewordenen Menschen „beweisen“, daß sie die Pflicht haben, etwas zu leisten und für andere zu leben? Solche negative Beobachtungen und Erfahrungen sind der schlagendste Beweis für den hohen Wert einer unerschütterlichen religiösen Weltauffassung, denn — wie oben schon gesagt — ein gleichwertiger Ersatz durch philosophische Überzeugung ist nur einem verschwindenden Bruchteil der Menschen erreichbar.

Es ist darüber gestritten worden, ob eine deterministische oder eine indeterministische Weltauffassung für die Behandlung und Beeinflussung psychisch Kranker sich besser eigne; so hat einerseits Déjérine betont, daß nur ein Indeterminist ein guter Psychotherapeut sein könne. Nach meiner Ansicht verhält sich dies verschieden je nach der Art der psychischen Störung, welche man beeinflussen will. Schwermütigen, zum Grübeln und Selbstvorwürfen neigenden Kranken gegenüber, bei denen der Arzt als Tröster auftreten und ihre Fehler, auch wo solche wirklich vorliegen und nicht durch Wahnideen vorgespiegelt sein sollten, möglichst bedeutungslos erscheinen lassen muß, wird er die Vorausbestimmtheit alles Geschehens betonen. Bei Schwachsinnigen dagegen und bei Psychopathen sowie bei manchen Rekonvaleszenten, denen es noch an Energie mangelt, und denen der Wille gestärkt werden muß, muß das Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit wachgerufen und ihnen beigebracht werden, daß sie nicht ein wehrloses Spielzeug ihrer Anlage und Umgebung seien, sondern daß in ihnen die Möglichkeit und die Pflicht liege, sich ihr Leben, ihr Glück und ihren Wert selbst zu gestalten; es sind also durchaus indeterministische Gedankengänge anzuregen.

Dies trifft besonders für diejenigen Debilen und Dégénérés zu, welche antisoziale Neigungen zeigen und betätigen und infolgedessen mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Erklärt man solche Individuen unter weitherziger



Auffassung des § 51 Str.-G.-B. als nicht verantwortlich für ihre Handlungen und führt sie so der Krankenanstalt zu und nicht der Strafanstalt, so befreit man diese haltlosen Menschen von den Folgen ihres Handelns und nimmt ihnen die Gegenmotive, welche sie doch manchmal von der Wiederholung der Straftaten abhalten könnten. Man befreit sie auch von dem Verantwortlichkeitsgefühl sich selbst gegenüber, denn solche Menschen haben manchmal ein recht gutes Verständnis dafür, ob Arzt und Gericht sie für moralisch verantwortlich halten oder nicht. Kommt es doch nicht selten vor, daß minderwertige Rechtsbrecher auf die ihnen attestierte Unzurechnungsfähigkeit pochen und diese als Freibrief auffassen für das ungezügelte Loslassen ihrer Triebe, welche sie andernfalls vielleicht doch bis zu einem gewissen Grade hemmen könnten. Mir scheint demnach die Beschränkung des § 51 Str.-G.-B. auf Fälle ausgesprochener geistiger Störung, schwerer intellektueller Defekte und zweifelloser Bewußtseinstrübung vom psychotherapeutischen Standpunkt aus geboten.

Demnach muß also der Psychotherapeut beides sein, einmal Determinist und einmal Indeterminist; er wird sich aber dabei innerlich nicht zu widersprechen brauchen, denn mir scheinen Freiheit und Unfreiheit keine Widersprüche, vielmehr dieser anscheinende Gegensatz nur in der Betrachtungsweise zu liegen, je nachdem man den Blick nach innen, in das eigene Ich, oder nach außen auf die Erscheinungsformen der Dinge gerichtet hält. Es scheint mir der gleiche Parallelismus, wie er von Fechner für Geist und Körper beschrieben wird, welcher vom philosophischen Standpunkt des Idealismus aus Geist und Körper für identisch und nur je nach dem Standpunkt der Betrachtung als verschieden erscheinend auffaßt.

## c) Beschäftigungstherapie.

Weitaus an erster Stelle neben der Milieuwirkung der Anstalt und ihrer Einrichtungen steht die methodisch angewandte Beschäftigungstherapie. Bereits Heinroth[1]) sagt: „Beschäftigung ... ist die Universalmedizin der ruhig gewordenen oder wieder zu sich gekommenen exaltierten Kranken. An der Hand der Beschäftigung auch im Gewand der Erholung, des Vergnügens und der Zerstreuung werden sie nach und nach wieder in das Leben zurückgeführt und genesen ohne andere Medikamente ...“. Hier sind folgende Fragen zu prüfen: Welche Arten von Arbeiten sollen gewählt werden, und welches ist die Technik dieser Arbeiten, in welcher Weise, an welchem Ort, läßt sich die Beschäftigungstherapie am erfolgreichsten durchführen, welche Arten von Kranken eignen sich für die Arbeitstherapie, und ist diese wirklich die Universalmedizin, und schließlich, welches sind ihre besonderen Schwierigkeiten und Kontraindikationen?

Wenn von Arbeit als Heilmittel bei psychischen Störungen gesprochen wird, so ist darunter fast ausschließlich körperliche Arbeit zu verstehen. Diese hat vor jeder geistigen Tätigkeit den Umstand voraus, daß sie nicht nur Arbeit an sich, sondern zugleich Erholung ist für den erkrankten Geist; insoweit sie ablenkend wirkt von quälenden oder beunruhigenden Vorstellungen und

[1]) Zitiert nach Moebius.

Impulsen, so dient sie direkt dazu, die als Träger dieser krankhaften psychischen Phänomene dienenden Gehirnpartien ruhig zu stellen und zu ihrer Erholung beizutragen. Sicherlich wird diese Ruhigstellung vielfach durch körperliche Tätigkeit besser erreicht, als durch völlige Untätigkeit, indem bei letzterer die kranken Vorstellungen und Strebungen fast automatisch und zwangsweise weiterlaufen und nicht unterdrückt werden können, also auch die ihnen entsprechenden physiologischen Funktionen nicht aussetzen, wobei es zu weiterer Ermüdung kommt. Bei strenger körperlicher Arbeit jedoch, die mit Interesse auf ein bestimmtes Ziel gerichtet ist, kommen eher kranke Vorstellungskreise zur Ruhe, so daß sich die diese tragenden anatomischen und physiologischen Elemente besser regenerieren können. Also die körperliche Arbeit dient nicht nur der Übung und Kräftigung, sondern im gewissen Sinne kann sie als Mittel der Erholung angesehen werden.

Geistige Arbeit spielt in der Psychotherapie nur eine geringe Rolle. Sie muß sich auf Grund vorstehender Überlegungen prinzipiell auf chronisch gewordene Zustände beschränken, wo eine Ermüdung der die Denkarbeit tragenden Gehirnpartien und Funktionen nicht gefürchtet zu werden braucht. Sie wird angewandt als pädagogische Erziehung von Imbezillen und Desequilibrierten und Wiedergewöhnung der in der Genesung bereits weit fortgeschrittenen und nicht mehr sonderlich ermüdbaren Rekonvaleszenten an ihren früheren Beruf. Die pädagogischen Probleme können hier als ins Gebiet der speziellen Therapie fallend außer Betracht gelassen werden. Die Wiedergewöhnung an geistige Tätigkeit erfolgt ganz allmählich in der Weise, daß sie in mehr spielerischer Weise mit Bilderbesehen und leichtester Lektüre beginnend übergeht zu Abschreiben und Exzerpieren, bis schließlich allmählich größere Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit des Individuums gestellt werden können. Indessen auch bei diesen Kranken folgt die geistige Beschäftigung in der Regel als letzte Etappe, nachdem die Beschäftigung mit körperlicher Arbeit vorausgegangen ist. Eine Ausnahme machen gewisse, von vornherein chronisch verlaufende paranoische und paranoide Zustände solcher Kranker, welche vorher von Berufswegen schriftlich oder zeichnerisch tätig gewesen sind. Diese pflegt man, wenn sie es wünschen, oft von Anfang an mit Schreiben, Zeichnen und Rechnen im Anstaltsdienst zu beschäftigen, wobei man aber von einer therapeutischen Beeinflussung des Krankheitszustandes im engeren Sinne eigentlich nicht sprechen kann.

Die Arbeitstherapie im Sinne körperlicher Betätigung im Freien ist populär geworden für die Behandlung der Neurasthenie und hat hier fast die Bedeutung eines Schlagwortes erreicht. Und wenn sie uns auch an dieser Stelle nicht für diese Zweckbestimmung beschäftigt, so ist uns doch anderseits diese moderne, in weiteste Kreise gedrungene Anschauung insofern von großem Nutzen geworden, als sie dazu dient, auch unsere Kranke aller Stände leichter zu körperlicher Arbeit überreden zu können. Daß sie nervös seien, geben uns unsere Kranken meist gern zu, auch wenn sie empört in Abrede stellen, geisteskrank zu sein. Daß Nervöse zweckmäßigerweise, und zwar überwiegend im Freien beschäftigt werden, auch wenn sie vorher einen sitzenden Beruf ausgeübt haben, das hat die Mehrzahl unserer gebildeten Kranken gelesen und gehört und folgt deshalb willig dem ärztlichen Rate, dies auch in der Anstalt zu tun. Bei den



ungebildeten Kranken hat man so wie so in dieser Richtung keine Schwierigkeiten.

Anderseits haben die Nerven-, Unfall- und Tuberkulösenheilstätten viele Mühe, ihre Kranken zur Arbeit zu bringen und nehmen sich deshalb den Arbeitsbetrieb der Heil- und Pflegeanstalten als Muster. Eine eingehende Schilderung dieses Arbeitsbetriebes wird also auch für diese Institute von Nutzen sein.

Zunächst die Frage, welche psychisch Kranken man zur Arbeit heranziehen und in welchem Stadium der Krankheitsformen man mit der Beschäftigung beginnen soll. Die Möglichkeit und Zweckmäßigkeit der Heranziehung Geisteskranker zur Beschäftigung richtet sich in keiner Weise nach der klinischen Diagnose, sondern lediglich nach dem symptomatischen Bild; obwohl dies für den Fachmann eigentlich selbstverständlich ist, muß es erwähnt werden, da man gelegentlich die Behauptung hört, daß gewisse Krankheitsformen, wie z. B. die Paranoia oder nach anderen die Paralyse, nicht körperlich beschäftigt werden sollten. Das beste kranke Arbeitermaterial stellen allerdings die chronisch Verblödeten. Diese, handle es sich um angeborenen oder erworbenen Schwachsinn, werden für alle Arten von Arbeiten zu gebrauchen sein, vorausgesetzt, daß die Verblödung nicht zu tief gegangen ist und nicht, wie bei Ausgangszuständen der Dementia praecox, übrig gebliebene negativistische Züge dazu führen, jeder Anordnung starre Widerstände entgegen zu setzen. Vorzügliche Arbeiter innerhalb der Anstalt, so lange sie nichts zu trinken bekommen, sind die Alkoholkranken in all ihren Symptomenkomplexen, abgesehen von akuten Formen, mag es sich um chronischen Alkoholismus, um Alkoholepilepsie, Halluzinose oder Alkoholdemenz handeln. Auch Epileptiker können mit gewissen Vorsichtsmaßregeln, die durch ihre Krampfanfälle und ihre Reizbarkeit bedingt sind, gut und vielseitig beschäftigt werden, wobei die pedantische Exaktheit dieser Kranken manchmal nützlich verwertet werden kann. Paralysen in mehr oder weniger weitgehender Remission, wie schließlich Depressiv-Manische während der Intermission sind ebenfalls zur Arbeit heranzuziehen. Was die psychopathischen Zustände angeht, Zwangsvorstellungs-Neurastheniker, Hysteriker und Degenerierte aller Art, so pflegt es in den Heil- und Pflegeanstalten ebenso leicht zu sein, sie mit den anderen Kranken zusammen arbeiten zu lassen, wie dies in den Sanatorien in der Regel schwierig und oft unmöglich ist. Diese Kranken müssen, soweit sie nicht an vorübergehenden Verwirrtheits- oder Erregungszuständen leiden oder zu schwer erschöpft sind, durchweg beschäftigt werden. Das Beispiel der anderen Krankheitsformen ist es, welches sie in den Heilanstalten für Geisteskranke zu den Arbeitsplätzen bringt.

Nun die zweite wichtige Frage: Wann, in welchem Stadium soll mit der Beschäftigung begonnen werden? Paetz drückt sich hierüber unbestimmt aus; es müsse nach ärztlichem Ermessen in jedem Fall entschieden werden. Wir fangen hier so früh wie möglich an. Bettbehandlung und Arbeit sind für uns keine Gegensätze, da ja auch die richtig angewandte Arbeit der Gehirnschonung dient. In vielen Fällen bleiben Kranke vormittags zu Bett und gehen nachmittags einige Stunden zur Arbeit, andere wieder läßt man morgens einige Stunden arbeiten und sich nachmittags wieder zu Bett legen. Im allgemeinen gelten ungefähr folgende Regeln: Die Alkoholdeliranten werden fast unmittelbar

nach Ablauf des Delirs zur Außenarbeit geschickt; sie erholen sich dann viel schneller, als wenn man die völlige körperliche Erholung bei Bettbehandlung abwartet. Sie bekommen Appetit und die kurze Zeit, welche solche Kranke in der Regel nur in der Anstalt zurückgehalten werden können, wird therapeutisch besser ausgenutzt. Ich habe den Eindruck gewonnen, daß die Erfolge bei Alkoholisten um so besser sind, je zeitiger nach Ablauf der akuten Symptome die körperliche Arbeit begonnen hat. Schwere Erregungs- und Verwirrtheitszustände jeglicher Art sind ausschließlich Objekt für die Bett- und Badebehandlung, während Beschäftigung für sie nicht in Frage kommt. Bei ganz leichten Depressionen, auch wenn sie akuter Natur sind, kann man stundenweise Arbeit im Freien vorsichtig probieren, muß aber wieder aussetzen, wenn sich Depression und Angst steigern. In vielen Fällen läßt aber unter dem Einfluß der Tätigkeit die depressive Stimmung nach und mit Hebung des körperlichen Befindens bessert sich auch das geistige, indem die Kranken mehr Lebensmut bekommen und die krankhaften Selbstvorwürfe zurücktreten. Anderseits ist größte Vorsicht geboten, da auch das Umgekehrte nicht selten ist. Vor Überraschungen schützt tägliche Kontrolle des Körpergewichtes und bei sinkender Gewichtskurve sofortiges Aussetzen der Arbeit. Imbezille, Demente, Debile und Dégénérés sind auf alle Fälle zu beschäftigen, eventuell unter Anwendung einer gelinden Nötigung, welche, wie Paetz mit Recht anführt, überhaupt nicht unbedingt zu verpönen ist. Paetz sagt in dieser Hinsicht: „Kranke, die kein Verständnis mehr für das haben, was ihnen gut ist, sind als Unmündige zu betrachten, die wie Kinder keinen Willen haben dürfen, weil sie ihn zu ihrem Nachteil betätigen könnten. Sie auch gegen ihren Willen zu dem anzuhalten, was ihnen nötig und nützlich ist, halte ich daher nicht nur für berechtigt, sondern sogar für unsere Pflicht ...“ Verständige Kranke sollte man jedoch lediglich durch das Mittel der Überredung und Überzeugung zu einer Betätigung zu bringen versuchen. Auch die unausbleibliche Langeweile des Abteilungslebens wirkt bei einigermaßen geistig regsamen Kranken in dieser Richtung, daß die Kranken gern alles ergreifen, was ihnen Abwechslung schafft, also auch die Arbeit außerhalb der Abteilung, selbst wenn sie sie sonst nicht lieben sollten. Auf die Vergünstigungen und sonstigen Anregungen als Mittel, um Kranke zur Arbeit zu bringen, soll später eingegangen werden.

Spätester Zeitpunkt für das Einsetzen mit der Arbeitstherapie ist der Moment, wo vorher erregte Kranke anfangen, ruhig zu werden, und die Gefahr der Verblödung droht. Hier ist die Methode, sie der Bequemlichkeit halber im Bett liegen oder auf der Abteilung herumlungern zu lassen, direkt falsch und verderblich. Katatoniker, bei denen die Remission, Zirkuläre, bei denen die Intermission einsetzt, klar werdende Halluzinanten und ähnlich gelagerte Fälle müssen schleunigst aus dem Bett ins Freie gebracht und zielgemäß beschäftigt werden, und ich habe den Eindruck gewonnen, daß man hierdurch in vielen Fällen der drohenden Verblödung vorbeugt oder die unausbleibliche geistige Schwächung in mäßigeren Grenzen hält.

Wie der Arzt bestimmt, wann bei einem Kranken mit der Beschäftigung begonnen wird, so hat auch die ganze Dauer der Beschäftigung ununterbrochener ärztlicher Kontrolle zu unterliegen. Nur auf diese Weise ist es möglich, daß jeder Kranke im Arbeitsbetrieb auf den richtigen, für seinen Gesundheits-



zustand angemessenen Posten gestellt und keinem Kranken mehr zugemutet wird, als für seinen geistigen und körperlichen Zustand zuträglich ist. Der Arzt muß daher den Arbeitsbetrieb täglich kontrollieren, die beschäftigten Kranken auf den Arbeitsstellen jeden Tag besuchen, denn nur unter dieser Voraussetzung verdient die Beschäftigung der Kranken den Namen Arbeitstherapie, während man im anderen Falle nur sagen könnte, daß Kranke im Dienste der Anstalt und deren ökonomischen Interessen Arbeiten verrichten.

Kann man bei den akuten Zuständen, den Rekonvaleszenten, Remissionen und Intermissionen von einer heilsam wirkenden Beschäftigung sprechen, so ist diese Wirkung bei den chronischen Fällen eine mehr erzieherische und sozialisierende, was in weiterem Sinne allerdings auch als eine Heilwirkung betrachtet werden kann, wenn auch eine Besserung des klinischen Bildes als solches weder hierdurch, noch durch andere Mittel erreicht werden kann. Die beschäftigten Kranken werden aber ruhiger und in ihrem Verhalten geordneter, der Bedarf an Schlafmitteln läßt infolge der durch die Beschäftigung geschaffenen normalen Ermüdung nach. Krankhafte Impulse und schlechte Neigungen aller Art werden eingeschränkt, indem das in jedem Kranken noch vorhandene Maß von Betätigungsdrang und Initiative von kranken Zwecken abgelenkt und gesunden Bahnen zugeleitet wird. Die chronisch Kranken bekommen durch geregelte Arbeit zum großen Teil wieder gewisse, wenn auch eng begrenzte Interessen oder zum wenigsten wickeln sie irgend eine rein mechanische Arbeit in automatischer Weise ab. Es kommt dabei nicht darauf an, daß diese Kranken, wenn man sie zur Arbeit schickt, gleich etwas Erhebliches leisten. Schon der Umstand, daß sie sich überhaupt bewegen lassen, die Arbeitsplätze zu frequentieren, bedeutet einen Gewinn, und man wird sich nicht selten für die ersten Male damit begnügen; wenn sie auch zunächst untätig herumstehen, so beginnen sie doch in der Regel allmählich mit der Arbeit und werden oft schließlich regelmäßige, fleißige und tüchtige Arbeiter.

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, daß die Arbeitstherapie einen regelmäßigen Besuch der Arbeitsplätze durch den behandelnden Arzt verlangt. Dem möchte ich noch beifügen, daß der Arzt hieraus auch wissenschaftlichen Gewinn zieht, indem er seine Kranken unter anderen, natürlicheren Verhältnissen zu sehen Gelegenheit hat, wobei sie oft ein ganz anderes Bild darbieten als auf der Abteilung im Bett oder im Tagsaal. Es ist ja nicht nur nötig zu wissen, was ein Kranker auf ärztliche Fragen antwortet, sondern auch wie er sich unter verschiedenen Bedingungen benimmt; wie schon der Eindruck, den ein Kranker macht, oft ein ganz anderer ist, so bald er aufsteht, gegenüber der ersten Untersuchung im Bett, so bietet der Versuch, ihn zur Arbeit zu schicken, fast immer eine erhebliche Bereicherung unserer Kenntnisse von seiner Symptomatologie.

Eine genaueste Kenntnis des psychischen Zustandes mit allen seinen Schwankungen auch bei den chronisch gewordenen verblödeten Kranken ist nötig, wenn der Arbeitsbetrieb ohne Gefahren für die Kranken und ihre Umgebung durchgeführt werden soll. Das Pflegepersonal ist daher aufs schärfste zu instruieren, daß es bei den ihm anvertrauten Kranken jede, auch die geringste Veränderung dem behandelnden Arzt meldet, und zwar ehe die Kranken mit der Arbeit beginnen. Kranke, welche morgens nach dem Aufstehen verstimmt oder reizbar oder sonstwie verändert sind, müssen auf alle Fälle von der Arbeit

zurückgehalten und es muß die Entscheidung des behandelnden Arztes eingeholt werden. Die Nichtberücksichtigung dieser Regel hat schon oft zu den schwersten Konflikten und selbst zu gefährlichen Unfällen geführt. Meldet jedoch der Pfleger jede derartige Veränderung rechtzeitig, so werden gefährliche Gewaltakte oder Versuche der Entweichung oder Selbstbeschädigung in der Regel vermieden werden können.

Der größte Teil der Schwierigkeiten und das Eigenartige der durch Kranke ausgeführten Arbeitszweige liegt in der mehr oder weniger großen Unzuverlässigkeit der zur Arbeit herangezogenen Geisteskranken, ferner in den inneren Widerständen, sei es bewußter oder unbewußter Natur oder den psychischen Unzulänglichkeiten der Kranken, die sie an der Ausübung der von ihnen verlangten Betätigung hindern. Der Unzuverlässigkeit der Kranken begegnen wir durch Überwachung, die sich nach dem Grade dieser Unzuverlässigkeit abstuft. Es gibt Kranke, die so bedenklich und gefährlich sind, daß man sie überhaupt nicht beschäftigen kann, wenigstens nicht außerhalb der Abteilung und nicht mit Werkzeugen irgend welcher Art. Wir werden später sehen, ob und wie man doch eine Tätigkeit für sie finden kann. Im extremsten Gegensatze dazu gibt es eine große Anzahl von Kranken, die in der Regel zugleich in offenen Landhäusern verpflegt werden und keiner besonderen Aufsicht bedürfen. Diese sogenannten freien Arbeiter gehen ihrer Tätigkeit innerhalb des Anstaltsgebietes nach, ohne daß es notwendig wäre, sie dauernd unter Augen zu haben, und es genügt, wenn man darauf achtet, daß sie zu den richtigen Zeiten in den Abteilungen ein- und auspassieren. Da es sich aber doch durchweg um defekte, vielfach um stumpfe und jeder Umsicht entbehrende Menschen handelt, muß ihnen auf alle Fälle bei jedem Arbeitsbeginn gesagt werden, wo und was sie arbeiten sollen. Ich habe es in der letzten Zeit mehrfach erlebt, daß solche angeblich ganz zuverlässige Kranke, wenn einmal vergessen worden war, ihnen genau zu sagen, was sie sollten, in einem Anfall von Ratlosigkeit planlos davonliefen. Gerade für diese freien Arbeiter gilt natürlich das oben Gesagte, daß auf den Abteilungen aufs sorgfältigste jede Stimmungsschwankung beachtet werden muß, um rechtzeitig die nötigen Vorsichtsmaßregeln treffen zu können.

Für andere, nicht ganz so zuverlässige Kranke genügt ein gewisses Maß von Aufsicht, und man kann von diesen mehrere zu einer Arbeitsgruppe vereinigen, für welche eine Aufsichtsperson genügt, die mitarbeitet und gröberen Unstimmigkeiten begegnen kann. Demnächst kommen aber die schwierigeren Elemente, die Erregten, Reizbaren und Entweichungsverdächtigen. Diese vereinigt man am zweckmäßigsten zu Gruppen mit reichlicherem Pflegepersonal; auf alle Fälle sind bei jeder derartigen Gruppe zum mindesten zwei Pfleger erforderlich, damit, wenn ein Kranker einen Entweichungsversuch macht, der Aufsichtspfleger nicht vor das Dilemma gestellt wird, entweder den entweichenden davonlaufen oder die zurückbleibenden Kranken ohne Aufsicht lassen zu müssen. Die schwierigsten und unzuverlässigsten Kranken wird man am besten nicht auf freiem Terrain, sondern innerhalb der geschlossenen Gärten und Abteilungen beschäftigen. Um in den Anstaltswerkstätten auch weniger zuverlässige Kranke zur Arbeit heranziehen zu können, wird man gut daran tun, dieselben als geschlossene Räume, d. h. mit verschlossenen Türen und



Fenstern einzurichten und die einzelnen Arbeitsräume so anzuordnen, daß die Handwerker sich bei der Aufsicht gegenseitig vertreten können.

Die frischen und heilbaren Krankheitszustände, welche mit besonderem Zartgefühl behandelt, wegen der nicht selten noch vorhandenen Selbstgefährlichkeit aufs peinlichste überwacht und mit Verständnis und Liebe zur Arbeit erzogen und angelernt werden müssen, sollte man allgemein nach Alt-Scherbitzer Vorbild zu einer besonderen „klinischen" Gruppe vereinigen. Diese Gruppe, welche eine größere Anzahl, 10 bis 20 Kranke, zählen kann und einen geschickten Pfleger als Leiter und daneben noch 3 bis 4 Aufsichtspfleger zählen muß, soll in bezug auf Sicherheit dieselben Garantien bieten, wie ein Wachsaal innerhalb einer Abteilung, was sich bei einigermaßen übersichtlichen Ortsverhältnissen leicht erzielen läßt. Arbeitsplatz und Arbeit selbst sind für diese Art von Kranken vom Arzt und nach ärztlichen Rücksichten auszuwählen. Ein dazu geeigneter Gärtner besorgt die Anleitung derjenigen Kranken, welche mit gärtnerischen Arbeiten noch nicht vertraut sind.

Früher haben wir auch die unzuverlässigen und gefährlichen chronischen Kranken mit den Heilbaren in der klinischen Gruppe vereinigt, sind aber in letzter Zeit ebenfalls nach Alt-Scherbitzer Vorbild davon abgekommen und haben uns entschlossen, in der klinischen Gruppe ausschließlich ruhige und heilbare Fälle zu belassen und die schwierigeren chronischen Kranken in einer besonderen Überwachungsgruppe zu vereinigen, da bei letzteren mehr die Indikation der Aufsicht, bei jenen dagegen die der Behandlung und Anleitung überwiegt.

Zudem wurden die sensiblen Elemente unter den Heilbaren durch die oft Reizbaren und Widerspenstigen unter den Chronischen und Unzuverlässigen ungünstig beeinflußt und psychisch geschädigt. Durch eine dieser beiden Gruppen, die klinische oder die Überwachungsgruppe für chronische Fälle wird jeder arbeitende Kranke, soweit er nach seinem Zustande überhaupt der Außenarbeit zugewiesen werden kann, durchzupassieren haben. Wenn man auf diese Weise verfährt, wird auch mangelnde Befähigung der Kranken zu gärtnerischen und landwirtschaftlichen Arbeiten keine unüberwindlichen Schwierigkeiten für deren Heranziehung zu dieser Form der Tätigkeit bieten. So kann ich nicht zugeben, daß man die aus großen Städten und sonstigen industriellen Bezirken stammenden Kranken, daß man Fabrikarbeiter und Bureauarbeiter, Kaufleute, Beamte weniger gut mit Arbeiten im Freien beschäftigen könnte als Landwirte und Gärtner von Beruf. Letztere werden zwar für den Anfang mehr leisten, aber jene, wenn es sich um heilbare Kranke handelt, therapeutisch mehr Gewinn von dieser Tätigkeit haben. Sie entschließen sich auch gern dazu, wenn man es ihnen in geeigneter Weise nahelegt.

Zur Zeit gehen wir mit den Gedanken um, die Anleitung schwieriger Kranker zu Arbeiten im Freien insofern noch weiter zu differenzieren, als neben der klinischen Gruppe und der Überwachungsgruppe für Chronische noch eine besondere „Lehrgruppe" eingeführt werden soll, und zwar für diejenigen überwiegend jugendlichen Patienten, welche infolge starker Hemmung oder leichten Negativismus einer besonders intensiven Anleitung bedürfen, um in Gang gebracht zu werden, was in der hierfür immerhin zu umfangreichen klinischen Gruppe nicht gut durchführbar ist. Einfacher ist es allerdings, solche



Kranke innerhalb des Abteilungsgartens anzulernen, in welchem man zu diesem Zweck ein Blumen- und Gemüsebeet anlegen läßt.

Man wird also folgende Varianten in der psychiatrischen Technik der Beschäftigung von Geisteskranken im Freien zu unterscheiden haben:

1. für innerhalb der Anstalt ganz zuverlässige Kranke die Tätigkeit als „freie Arbeiter",
2. für leidlich zuverlässige, einer losen Aufsicht bedürftigen Kranken kleinere Gruppen mit einem Pfleger,
3. für das Gros der weniger zuverlässigen, aber nicht besonders schwierigen Kranken Gruppen mittlerer Stärke mit je zwei Aufsichtspflegern,
4. die Überwachungsgruppe der chronischen Unzuverlässigen und Gefährlichen: eine größere Gruppe mit 3 bis 4 Pflegern,
5. die klinische Gruppe: für die akuten und sensiblen Kranken, soweit sie mit geringer Mühe angeleitet werden können, eine große Gruppe mit 4 bis 5 Pflegern,
6. die Lehrgruppe: nur wenige, 2 bis 3 Kranke, und zwar Gehemmte und Negativistische mit etwa 2 Pflegern.

Auf diese Weise wird es gelingen, fast alle Kranken, so weit sie nicht in hohem Maße gemeingefährlich oder körperlich oder geistig so krank sind, daß sie der Bettbehandlung bedürfen, einer für sie geeigneten Außenarbeit zuzuführen. Die Beziehung zwischen Bettbehandlung und Beschäftigung dürfte aus folgenden Zahlen erhellen. In Rufach sind von den nicht bettlägerigen Männern zirka 90% beschäftigt, von der Gesamtzahl etwa 50%, und es läßt sich kurvenmäßig ohne weiteres deutlich darstellen, wie mit Zunahme der Bettbehandlung der Arbeiterprozentsatz fällt und umgekehrt.

Eine systematische Arbeitstherapie ist im allgemeinen in der Familie nicht möglich. Vielleicht kann man einen Geisteskranken auch in seiner Familie mehr oder weniger beschäftigen, aber nicht, oder nur unter besonders gelagerten Verhältnissen, mit Arbeitstherapie behandeln. Die Arbeitstherapie ist vielmehr ein Teil der Anstaltsbehandlung und ist nur im Rahmen der Anstalt voll durchführbar. Aber auch in der Anstalt hat sie ihre unumgänglichen Voraussetzungen. Die Verwaltung der Anstalt stellt die Arbeit, der Arzt wählt die Kranken aus und stellt sie zur Arbeit an. Die Arbeit muß zu den Kranken, die Kranken müssen zur Arbeit passen. Die Art der zu leistenden Arbeit ist bedingt durch die wirtschaftlichen und ökonomischen Bedürfnisse der Anstaltsverwaltung, während die Ausführung derselben seitens der Kranken durch deren Leistungsfähigkeit, Gesundheitszustand und das gestellte therapeutische Ziel bestimmt ist. Die Kranken werden bei der Arbeit überwacht und geleitet durch die Ärzte und das ärztliche Hilfspersonal. Das geht aber nur, wenn die verwaltungstechnische und ärztliche Leitung in einer Hand liegen, in einer leitenden Person vereinigt sind, welcher gleichermaßen die ökonomischen Interessen der Anstalt am Herzen liegen wie die gesundheitlichen der Kranken. Nur dann kann der Wert der Krankenarbeit für die Anstaltsökonomie und der Heilwert der Arbeit für die Krankenbehandlung nutzbar gemacht werden. Kurz gesagt: eine systematische Arbeitstherapie ist nur dort möglich, wo der Chefarzt zugleich Verwaltungsdirektor ist. Der ärztliche Direktor muß souverän über den gesamten Wirtschaftsbetrieb und sämtliche Arbeitskräfte disponieren können, wobei er sich nach den Vorschlägen der Verwaltungsbeamten einerseits, der Anstalts-



ärzte andererseits richtet. Bei einer derartig einheitlichen Leitung des ganzen Anstaltswesens können recht erhebliche ökonomische Vorteile durch die Krankenarbeit für die Anstaltsverwaltung erzielt werden, die indirekt den Kranken wieder zugute kommen. Es sei dies an dieser Stelle nur gestreift, da hier nur die therapeutische Bedeutung der Krankenarbeit zu berücksichtigen ist.

Es wären nun die verschiedenen Arten von Arbeiten und Tätigkeiten zu besprechen, welche der arbeitstherapeutischen Krankenbehandlung in der Anstalt und durch den Anstaltsbetrieb zur Verfügung stehen. Die Anforderungen, welche man an eine therapeutisch verwertbare Arbeit stellen muß, sind folgende:

Die Arbeit, welche durch Geisteskranke geleistet werden soll, muß hygienisch einwandfrei, d. h. nicht zu schwer und von Berufsschädlichkeiten möglichst frei sein. Damit verbieten sich von selbst alle direkt gesundheitlich schädlichen Arbeiten, wie Grubenreinigung, Kesselheizen, und alle zu anstrengenden und aufreibenden Geschäfte, wie Steineklopfen, Ziegelformen und ähnliche Dinge. Doch darf man in dieser Hinsicht auch nicht zu ängstlich und hygienisch pedantisch sein, und es schadet gewiß nichts, wenn körperlich rüstige und nicht gerade sensible Geisteskranke auch einmal schmutzige Arbeiten verrichten und bei einer Arbeit tüchtig schwitzen. Gefährliche Arbeiten, an Maschinen z. B., verbieten sich bei den ja niemals völlig zuverlässigen Geisteskranken von selbst. Soweit diese nicht ganz verblödet sind, ist es auch erwünscht, daß sie an der Arbeit Freude haben, diese also Abwechslung bietet und Erfolge erzielen läßt und so fröhliche Stimmung erweckt (Eschle). Blödsinnige Kranke, insbesondere solche mit Stereotypien, kann man aber auch unbedenklich stundenlang eintönige Arbeiten verrichten lassen, z. B. den Strick einer Häckselmaschine ziehen oder das Rad einer pneumatischen Pumpe drehen, ohne daß es ihnen Schaden täte. Diese Kranken haben dann immerhin den Vorteil kräftiger Bewegung in freier Luft und führen ein nicht völlig überflüssiges Dasein. Vor allem ist folgender Grundsatz festzulegen: Jede Tätigkeit in freier Luft mit ihrer Anregung von Appetit, Herztätigkeit und Atmung, Beförderung von Schlaf und Stoffwechsel ist jeder anderen Betätigung im geschlossenen Raum vom hygienischen Standpunkt wie vom therapeutischen weitaus vorzuziehen. Es ist nur zu bedauern, daß es das Interesse der Anstaltswirtschaft nicht gestattet, diese Wohltat der Tätigkeit im Freien auch dem Gros der weiblichen Kranken zukommen zu lassen, da man deren Arbeitskräfte und Fähigkeiten notwendig in der inneren Wirtschaft benötigt; aber gewisse Formen psychischer Störung und somatischer Konstitution bei weiblichen Kranken sollte man auf alle Fälle ohne Rücksicht auf die wirtschaftlichen Interessen der Anstalt im Freien beschäftigen.

Die Arbeit in Feld und Garten ist, da sie im Freien stattfindet, auch deshalb vorteilhaft, weil sie einen steten Wechsel von freundlichen und anregenden Eindrücken für die Kranken bringt. Sie unterbricht in geeigneter Weise die Eintönigkeit des Abteilungslebens, ist außerordentlich vielgestaltig, vom Einfachsten bis zum Kompliziertesten, und man kann infolgedessen den gewöhnlichen Arbeiter wie den Gelehrten dabei versorgen und für jeden Grad von Intelligenz und jede Art des Geisteszustandes das Geeignete auswählen. Auch insofern ist sie in keiner Weise monoton, als die Aufgaben, die Gärtnerei und Landwirtschaft stellen, von Monat zu Monat wechseln und nie ausgehen, wenn auch im Winter etwas weniger Arbeit vorhanden zu sein pflegt als im

Sommer. Doch kann man auch im Winter, wenigstens in unseren milderen Breiten, abgesehen von wenigen Wochen, durch Grabarbeiten, Erdbewegungen und Meliorationen für die nötige Beschäftigungsgelegenheit im Freien sorgen. Auf Einzelheiten der Landwirtschaft und Gärtnerei, die sich natürlich in ihren Verrichtungen von sonstigen landwirtschaftlichen und gärtnerischen Betrieben nicht unterscheiden, einzugehen, würde zu weit führen. Paetz weist darauf hin, daß man mit Ausnahme der Pferdepflege alle Teile einer großen Gutswirtschaft unbedenklich den kranken Arbeitern überlassen kann. Auch bei uns werden die Ochsengespanne von Kranken geführt. Hygienisch ganz vorzüglich sind Grab- und Pflanzarbeiten, aber auch die Erntearbeiten aller Art und die regelmäßigen Arbeiten in den Stallungen sind für Kranke durchaus geeignet. Manche Kranke helfen in der Schweinezucht und Mast, andere unterstützen den Melker, sorgen für das Geflügel, helfen beim Futterzurechtmachen und -austeilen. Anstalten mit großem landwirtschaftlichen Areal, wie Alt-Scherbitz mit seinen über 300 *ha*, werden das Gros ihrer Kranken in der eigentlichen Landwirtschaft beschäftigen. Wenn eine Anstalt nur über ein kleines Gelände verfügt, so muß man die Gärtnerei möglichst intensiv bewirtschaften, um alle für die Außenarbeit geeigneten Kranken beschäftigen zu können.

So gibt unsere Landwirtschaft von 20 *ha* mit relativ großer Viehhaltung nur 12 freien Arbeitern und einer Gruppe von 6 Mann Gelegenheit zur Beschäftigung, während in der umfangreichen Zier- und Gemüsegärtnerei mit zusammen 18 *ha* gegen 80 Kranke in wechselnden Gruppen beschäftigt werden können.

Erwähnen möchte ich, daß die Beschäftigung der Kranken in der Gärtnerei insofern größere Schwierigkeiten macht wie in einer großen Landwirtschaft, als man in letzterem Falle mit weniger und größeren Gruppen auskommt, während die Gärtnerei zahlreichere und kleinere Gruppen verlangt. Das bedingt ein viel zahlreicheres Aufsichtspersonal. Kranke der besseren Stände pflegt man überwiegend in der Ziergärtnerei und in Gewächshäusern zu beschäftigen, doch eignen sie sich nicht selten auch für die gewöhnlichen gärtnerischen und landwirtschaftlichen Gruppen. Für weniger robuste Kranke sehr zweckmäßig ist die Reinhaltung der Straßen und Wege; stumpfsinnige und wenig empfindliche Kranke können im Kesselhaus mit Ausladen der Kohlen und Anfahren an die Kessel beschäftigt werden; auch sonst gibt es in einem großen Anstaltsbetrieb eine erhebliche Zahl von Spezialarbeiten für besonders hierfür geeignete Kranke.

Sie können Speisen, Gemüse und Kartoffeln in Karren für die Küche anfahren und andererseits Abfälle und Kehricht in die Schweineställe oder nach den Abladeplätzen befördern, wobei allerdings für die technische Einrichtung dieser Transporte die nötigen hygienischen Vorsichtsmaßregeln beachtet werden müssen. Das Putzen der Nickelkessel und der Speisetransportgefäße in der Kochküche besorgen Männer besser als Frauen, da es für weibliche Kräfte zu mühsam ist.

Ferner pflegen größere Anstalten über eine Anzahl von Reparaturwerkstätten zu verfügen, in welchen man geeignete Kranke, insbesondere solche, welche das Handwerk bereits vor ihrer Erkrankung gelernt haben, versorgen kann. Rufach verfügt über eine Schneiderei, Schreinerei, Sattlerei, Schusterei, Schlosserei, Buchbinderei, Korb- und Mattenflechterei. In manchen Anstalten hat man auch Webstühle aufgestellt und ist damit sehr zufrieden. Dem Anstaltsbäcker, dem Metzger, Anstreicher, Maurer können einzelne geeignete Kranke zur Hilfe beigegeben werden. Auch dem Bureaudiener, dem Magazinier und dem Kellermeister können einzelne



Kranke helfen. Schließlich pflegt man manche Kranke auf den Bureaus, andere weniger zuverlässige auf den Abteilungen mit Schreibarbeiten zu beschäftigen.

Für zwei Kategorien von Kranken bereitet es die meisten Schwierigkeiten, eine geeignete Beschäftigungsart zu finden, das sind einmal die besonders gefährlichen, insbesondere verbrecherischen Geisteskranken, denen man keine Instrumente in die Hand geben kann, und ferner die tief verblödeten, welche eine Arbeit, die auch nur die geringsten Ansprüche an Verstand oder Geschicklichkeit stellt, nicht mehr leisten können. Für die letztere Art von Kranken sind manchmal einige Formen der Heimarbeit noch verwendbar, wie Roßhaarzupfen, Wolleauslesen, Dütenkleben, Einstecken von Dochten in Nachtlichter und ähnliche primitive Dinge. Gefährliche kriminelle Kranke kann man nur in den sehr gesicherten Verhältnissen besonderer Verbrecherabteilungen oder Verbrecheranstalten arbeiten lassen, während in den offeneren Verhältnissen der modernen kolonialen Anstalten dies mit zu großen Gefahren verknüpft wäre und daher nicht riskiert werden kann. Es liegt also in bezug auf die Beschäftigungsmöglichkeit im eigensten Interesse dieser Kategorie gefährlichster Kranker, in besonders gesicherten Bauten untergebracht zu werden, wo man ihnen auch in anderer Hinsicht mehr Freiheit lassen kann.

Eigentliche Fabrikarbeit ist im allgemeinen für Geisteskranke als therapeutische Tätigkeit kaum verwertbar. Während sie einerseits keinerlei Vorzüge vor landwirtschaftlicher und gärtnerischer Beschäftigung hat, so bietet sie andererseits die Nachteile der Eintönigkeit und des Arbeitens im geschlossenen Raum. Doch mögen auch Fabrikbetrieben entlehnte Tätigkeiten unter bestimmten örtlichen Verhältnissen, die ausgiebige Beschäftigung im Freien ausschließen, nicht entbehrt werden können. Eine „therapeutische“ Arbeit kann man aber die fabrikmäßige Beschäftigung von Geisteskranken nicht nennen.

Die Arbeiten in der Hauswirtschaft sind in erster Linie die Domäne der weiblichen Kranken. Die hauptsächlichste Hilfe in der Kochküche, das Waschen, Schälen und Putzen des Gemüses werden Frauen besorgen; ebenso fällt ihnen das Waschen, Plätten, Legen, Flicken der Anstaltswäsche zu, das Stricken und Stopfen der Strümpfe, Neufertigung von Frauenkleidung und Wäsche und die Anfertigung von allerhand Handarbeiten. Viele dieser Arbeiten können mit Vorteil auch im Bett verfertigt werden, so daß man der Indikation, geeignete Kranke in akutem oder siechem Zustande im Bett zu beschäftigen, bei weiblichen Kranken mit Leichtigkeit gerecht werden, während dies bei Männern zwar manchmal auch wünschenswert wäre, aber mangels geeigneter Tätigkeit nicht realisiert werden kann. Für die Näh- und Flickarbeiten pflegt man besondere Nähstuben einzurichten, um hier die Kranken nach ihrem geistigen Zustand und sozialen Verhalten sondern zu können. In der Regel verfügt die Anstalt über drei derartige größere Näh- und Flickstuben: eine für akute Kranke in der Überwachungsabteilung für Ruhige, wo sorgfältigste Aufsicht herrschen muß und Scheren nicht verabfolgt werden dürfen, eine zweite für zuverlässige chronische Kranke, zweckmäßig im Waschhaus selbst gelegen, um die Reparaturen an der Wäsche gleich an Ort und Stelle vornehmen zu können, und eine dritte für unsoziale Elemente in einem Pflegehaus. Paetz legt Wert darauf, in der Nähstube für schwierigere Kranke vorwiegend Neufertigungen herstellen zu lassen, da es leichter sei, derartige Kranke hierzu zu bringen, wie zu den undank-



baren Flickarbeiten. Abgesehen von diesen Nähstuben pflegt man auf den Frauenabteilungen auch sonst noch an den verschiedensten Stellen nähen und stricken zu lassen. Es ist wohl das wesentlichste Bedenken, das gegen ausschließliche Männeranstalten, die sonst mancherlei für sich haben möchten, erhoben werden kann, daß es in diesen kaum möglich wäre, diejenigen Arbeiten, welche ausgesprochene Frauenbeschäftigungen sind, durch kranke Arbeitskräfte ausführen zu lassen, wie es anderseits in Anstalten, die nur mit Frauen belegt wären, an Arbeitskräften für manche spezielle Männertätigkeiten mangeln würde.

Die hauswirtschaftlichen Arbeiten auf den Männerabteilungen besorgen Männer, auf den Frauenabteilungen Frauen. Diese mit Hausarbeit beschäftigten Kranken helfen bei der Zurichtung der Speisen, beim Aufwaschen des Geschirrs, Reinigung der Krankensäle, Bettmachen und selbst bei der Pflege ihrer Mitkranken. Man wird hierzu in erster Linie solche Kranke bestimmen, die entweder wegen mangelnder Zuverlässigkeit oder aus körperlichen Gründen nicht gut außerhalb der Abteilung beschäftigt werden können. Auch ist die Arbeit im Hause bei den Männern in der Regel der Anfang der Tätigkeit, nachdem die akutesten Symptome geschwunden sind und geht so der Arbeit im Freien voraus.

Es ist schon darauf hingewiesen worden, daß es für gewisse weibliche Kranke unbedingt notwendig ist, sie, auch wenn sie an und für sich in der Hauswirtschaft nützlicher verwendet werden könnten, in ihrem eigenen Interesse im Freien zu beschäftigen und das insbesondere bei Verblödungsprozessen, die anfangen chronisch zu werden, wenn durch rechtzeitige Beschäftigung mit gärtnerischen Arbeiten der drohenden Verblödung bis zu einem gewissen Maße vorgebeugt werden kann. Ich halte deshalb die Schaffung einer besonderen klinischen Gruppe für Frauen, welche in erster Linie derartige Kranke sowie anämische umfassen sollte, für ein unumgängliches Bedürfnis.

Die Wirkung besonderer Vergünstigungen, in der Absicht, die Kranken so vollzählig wie möglich zur Arbeit heranzuziehen, wird meines Erachtens überschätzt; wenigstens haben wir durch Häufung von Vergnügungen, Verabreichung reichlicher Tabakrationen, gemeinsame Spaziergänge und ähnliche Anregungsmittel keine nennenswerte Steigerung des Prozentsatzes der arbeitenden Kranken, der von anderen Umständen abhängt, herbeiführen können. Daß man solchen Kranken, welche sich körperlich betätigen, Kostzulagen gibt, ist allgemein üblich, aber, wie schon Paetz hervorhebt, bereits durch den größeren Kräfteverbrauch bedingt. Der unbeschäftigte Kranke erhält nur so viel, als notwendig ist, um ihn im Kräftegleichgewicht zu halten; also muß natürlich der körperlich arbeitende mehr bekommen, da sein Kalorienbedarf größer ist. Allerdings wird die Verabreichung dieser Zulagen von den Kranken selbst als Vergünstigung aufgefaßt und dient somit als Anregung zu Beschäftigung. Man gibt zu diesem Zwecke bei den männlichen Kranken Frühstück-, Vesper- und Abendzulagen in Form von Wurst und Käse, bei den Frauen mit Vorliebe Milch, Honig und Obst. Durch die Zulagen muß besonders der größere Eiweißverbrauch gedeckt werden, denn den Bedarf an Kohlenhydrate führen sich die Kranken ohne weiteres in Form von Brot (oder Kartoffeln) zu, das nach Belieben und Wunsch der Kranken verabfolgt wird. Als sonstige Anregungsmittel gibt man Zigarren, Tabak, Kleidungsstücke und allerhand Kleinigkeiten, läßt die



arbeitenden Kranken Ausgänge und gemeinsame Spaziergänge machen, veranstaltet für sie Theatervorstellungen und sonstige Feste, worauf bei Besprechung der Unterhaltungen zurückzukommen sein wird. Paetz weist darauf hin, daß man die Kostzulagen nicht gleich entziehen soll, wenn ein Kranker vorübergehend die Arbeit verweigert, sondern lieber abwarten, da man den Kranken sonst nur verärgert und seine inneren Hemmungen, die Arbeit wieder aufzunehmen, vergrößert.

Viele Anstalten haben zur Bestreitung dieser Vergünstigungen einen besonderen Fonds, der eine Art Entgelt für die Arbeitsleistungen der Kranken bedeutet, und aus welchem sowohl die gemeinsamen Veranstaltungen, wie die den einzelnen Kranken gewährten Vergünstigungen bestritten werden. Es ist vielfach die Frage diskutiert worden, ob man auch Barentschädigungen geben soll, d. h. die Arbeitsleistungen des einzelnen Kranken aufzeichnen und ihm dafür, je nachdem, einen bestimmten Betrag entweder direkt aushändigen oder gutschreiben soll. Nur in Ausnahmefällen wird man den Kranken Bargeld direkt in die Hand geben können. Wir haben damit unter sorgfältigster Auswahl der Kranken experimentiert und ziemlich schlechte Erfahrungen gemacht. Dadurch, daß die Kranken in Besitz von Geld kommen, werden sie in mancherlei Versuchungen geführt, sie können trinken und sich unerlaubt entfernen, und einer derartigen Versuchung können auch manchmal die besten Kranken nicht widerstehen. Kann man ja doch manchem Kranken nur in der Voraussetzung freien Ausgang gewähren, daß er kein Geld in die Hand bekommt. Eine Einschränkung möchte ich dabei machen. Vor der Entlassung empfiehlt es sich manchmal, die Kranken wieder daran zu gewöhnen, Geld in der Tasche zu haben, wie man Kindern Geld gibt, um sie für ihr späteres Leben an den Besitz des Geldes zu gewöhnen. Gegen das Gutschreiben einer bestimmten kleinen Summe für den Arbeitstag oder die Arbeitswoche, über die nach Wunsch disponiert werden kann, bestehen an und für sich keine Bedenken. Man hat daran gedacht, den Kranken dadurch Gelegenheit zu geben, ihre Angehörigen zu unterstützen, worauf insbesondere Hegar hingewiesen hat. Ich habe aber gefunden, daß das nicht oft geschieht, und es hat sich für uns einfacher und praktischer erwiesen, zwar über die Arbeit der einzelnen Kranken zu statistischen Zwecken Buch zu führen und danach den Arbeitsverdienst im ganzen zu berechnen, aber über diese Gesamtsumme für alle arbeitenden Kranken und auch für deren Angehörige nach Bedarf zu verfügen. Die Anstaltsleitung wird am besten urteilen können und dafür Sorge tragen, daß jeder zu seinem Rechte kommt und daß mit dem verfügbaren Gelde im Interesse der Kranken das Höchstmögliche erreicht wird.

Das ist der praktische Standpunkt, aber auch die Theorie spricht gegen persönliche Arbeitsentlohnung im einzelnen. Es soll den Kranken in der Anstalt klargemacht werden, daß ihnen eine Wohltat damit geschieht, wenn man sie arbeiten läßt, daß es eine Vergünstigung ist und eine gesundheitliche Maßregel; eine Geldentschädigung in der Höhe, wie sie die Anstalt gewähren kann, wird für tüchtige kranke Arbeiter doch nie ein Äquivalent sein, während sie den blöden Kranken gleichgültig ist. Die Anstalt ist auch vom rechtlichen Standpunkt den Kranken keine Entschädigung für ihre Arbeiten schuldig, denn jede Verwaltung muß dem Anstaltsbudget große Summen zuschießen, und es erscheint nicht mehr als recht und billig, daß die Kranken, zu deren Besten dies geschieht,



in den ihnen möglichen bescheidenen Grenzen dazu beitragen, diese Lasten etwas zu erleichtern. Das beste Anregungsmittel zur Arbeit ist die den Kranken suggerierte Überzeugung, daß sie im Interesse ihrer Gesundheit arbeiten; die ganze Anstalt muß von dem Geiste durchdrungen sein, daß es eine Zurücksetzung ist, nicht arbeiten zu dürfen. Durch eine Arbeitsentlohnung kann dieser Gedanke nur verwischt und abgeschwächt werden.

Es gibt immer Elemente, die aus inneren Gründen nicht arbeiten wollen, auf Grund von Wahnideen, aus Hemmung oder infolge sonstiger psychopathologischer Symptome. Da diese Kranken auf die Arbeitswilligen ungünstig und hemmend einwirken, so erscheint es zweckmäßig, die Arbeiter von den Nichtarbeitern räumlich zu trennen und beide Kategorien nach Möglichkeit in gesonderten Abteilungen unterzubringen. Es gilt das allerdings nur für chronische Kranke. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß, wenn aus Gründen der Überfüllung diese Trennung vorübergehend nicht möglich war, dies auf den Geist der kranken Arbeiter von schlechtestem Einfluß zu sein pflegte. Doch ist andererseits auch die anregende und aneifernde Wirkung der Arbeitenden auf die Nichtarbeitenden in Rechnung zu ziehen. Jedenfalls muß aber zum Prinzip erhoben werden, daß die Versetzung auf eine mit arbeitenden Kranken belegte Abteilung eine Vergünstigung bedeutet, erst recht natürlich diejenige auf eine offene Abteilung.

Der Wunsch, frei behandelt zu werden, ist bei nicht verblödeten Kranken ein mächtiges therapeutisches Agens im Sinne sozialen Wohlverhaltens und des Sichfügens in die im Interesse des Kranken liegenden ärztlichen Intentionen.

In letzter Zeit hat sich Kaufmann kritisch ziemlich ablehnend über die Arbeitstherapie ausgesprochen, was vielleicht daher kommen mag, daß er an einer Klinik tätig ist, wo infolge des Überwiegens des akuten Krankenmaterials und beschränkter Beschäftigungsgelegenheiten die Möglichkeiten in dieser Richtung geringer sind. Kaufmann will insbesondere Fiebersteigerungen bei Paralytikern durch körperliche Arbeit beobachtet haben. Natürlich ist die wahllose Anwendung der Beschäftigung bei jeder Art psychischer Störung nicht das richtige, und man muß sorgfältige Auswahl treffen, besonders unter organisch Kranken, von denen nur vereinzelte, von den Paralytikern nur gute Remissionen, sich für Arbeitstherapie eignen. Wenn man aber die Indikationen richtig stellt, wird man sicher nur gute Erfahrungen machen. Kaufmann vermißt große Versuchsreihen mit Arbeitstherapie und fürchtet insbesondere das Arbeitsfieber allgemein als Folge der Muskelarbeit bei Störung der Wärmeregulierung.

Aber es gibt doch sehr große Versuchsreihen und jede koloniale Anstalt verfügt über solche Massenversuche.

Daß die Störungen der Wärmeregulierung häufig seien, kann ich nicht zugeben, und wenn von Kaufmann im Gegensatz zur Arbeitstherapie Bettbehandlung, Freiliegekuren und Diät empfohlen werden, so ist dazu zu sagen, daß dies zweifellos vortreffliche Behandlungsmittel sind, daß aber die Arbeitstherapie gerade für diejenigen Fälle sich zu eignen pflegt, für welche die von Kaufmann empfohlenen Kurmittel weniger angebracht zu sein pflegen.



## d) Unterhaltung und Zerstreuung.

Die Vergnügungen und Zerstreuungen bedeuten und bezwecken lediglich eine Ablenkung von krankhaften Vorstellungen, Stimmungen und Impulsen, während man als die Aufgabe der Beschäftigungstherapie neben der Ablenkung in erster Linie eine Übung und Schulung der Leistungsfähigkeit betrachten muß. Wenn es auch möglich ist, diese beiden Dinge in der Definition zu scheiden, so gehen sie in Wirklichkeit häufig ineinander über, insofern als das, was den Kranken zerstreuen soll, nicht selten zugleich eine Übung und Anregung schlummernder oder erwachender Geisteskräfte bedeutet. Es empfiehlt sich aber, als Methoden der Unterhaltung von denen der Beschäftigung diejenigen abzusondern, welche im gewöhnlichen Leben weniger als Arbeit aufgefaßt zu werden pflegen wie vielmehr als Vergnügen. Dabei wird man sich auch bewußt bleiben dürfen, daß einerseits diejenige die therapeutisch beste Beschäftigung ist, welche dem Kranken zugleich ein Vergnügen bereitet, und daß andererseits solche Zerstreuungsmethoden den Vorzug verdienen, mit welchen eine gewisse Tätigkeit verbunden ist. Deshalb wählen wir als Beschäftigung nicht gern die eintönige Fabrikarbeit, sondern lieber die Tätigkeit im Freien, in Garten und Feld, bei deren Ausübung erhebliche Lustempfindungen ausgelöst werden. Denn mit der Arbeit im Freien ist verbunden die Freude an der körperlichen Betätigung, die nach Erfahrung und Experiment euphorisierend wirkt, und mit welcher zugleich eine Reihe von erfreulichen Eindrücken vermittelt werden, insbesondere das Betrachten der Landschaft mit ihren nach den Jahreszeiten wechselnden Naturreizen. Ungefähr dieselben Lustempfindungen werden erregt durch Bewegungsspiele im Freien, von welchen für gebildete Kranke Tennisspiel, für alle Arten von Kranken Ball- und Krocketspiel in Frage kommen; ich habe nicht selten bei leicht melancholischen Kranken vom Ballwerfen im Garten der Krankenabteilung neben der körperlichen auch eine seelisch günstige Einwirkung beobachtet. Auf jeden Fall beleben derartige Spiele in geeigneter Weise das monotone Herumgehen in den ihrer Natur nach räumlich beschränkten Abteilungsgärten. Man hüte sich aber vor Übertreibungen, denn zu einer eigentlichen Ermüdung soll es in der Regel nicht kommen, wenn nicht eine solche ärztlich direkt angestrebt wird, um als Ersatz für Schlafmittel zu dienen. Hierbei ist besonders zu beherzigen, daß durch Bewegung im Freien, wenn sie nicht vorsichtig dosiert wird, an Stelle der erstrebten Ermüdung nicht selten Anregung und Aufregung eintritt, wodurch das Einschlafen erschwert werden kann. Man soll also Bewegungsspiele unmittelbar vor dem Schlafengehen vermeiden, sie vielmehr am besten vor dem Abendessen ausführen lassen.

An das Ergehen und die Spiele im abgeschlossenen Garten schließen sich an kürzere oder längere Spaziergänge, die in ihrer Dauer je nach Lage des Zustandes abgestuft werden müssen und bei unzuverlässigen Kranken nur in Begleitung von geschultem Personal erfolgen dürfen. Im Anstaltsleben pflegt man älteren zuverlässigen Kranken die Erlaubnis zu geben, sich unbehindert zu ergehen, um ihnen Abwechslung zu bieten, ihnen zu zeigen, daß man Vertrauen zu ihnen hat und sie auch zu einer gewissen Selbständigkeit zu erziehen. Das letzterwähnte Motiv ist maßgebend bei Rekonvaleszenten, bei welchen die

allmähliche Steigerung der Bewegungsfreiheit den Übergang in völlige Freiheit, d. h. die Entlassung aus der Anstalt vorbereiten soll. Solche Kranke kommen aus den Überwachungsstationen, in welchen jeder Schritt und Tritt unter Aufsicht erfolgt, in die weniger sorgfältig überwachten Abteilungen und schließlich in die offenen Villen, wo sie nur noch unter der Hausordnung und einer gewissen lockeren Aufsicht stehen. Durch ihr Verhalten bei freien Ausgängen wird festgestellt, ob sie imstande sind, sich bereits wieder an die Außenwelt zu gewöhnen, und sie sollen dabei beweisen, daß sie gewissen Reizen und Versuchungen widerstehen können. Dabei wird man ihnen zunächst kein Geld in die Hand geben. Jedoch empfiehlt es sich, die Kranken vor der Entlassung auch daraufhin zu erproben, ob sie imstande sind, im Besitze von Geldmitteln sich zu beherrschen. Auch die Veranstaltung gemeinsamer Spaziergänge für Anstaltspfleglinge ist vielfach im Gebrauch und beliebt, wenn auch empfindlichere und verständigere Kranke in der Regel selbständige Spaziergänge allein oder zu zweien vorzuziehen pflegen. Gemeinsame Spaziergänge unter Aufsicht des Pflegepersonals sind für die Anstalt mit geringerem Risiko verbunden und ein bewährtes Mittel, um Abwechslung in das Einerlei des Anstaltslebens zu bringen.

Weniger für Anstaltskranke als für die in der Familie behandelten Kranken kommen größere Reisen in Frage. Alle Formen schwerer Erkrankung und erheblicher Verblödung sind von vornherein ausgeschlossen, aber auch leichtere Depressionszustände, denen solche Reisen von Laien oder spezialistisch nicht erfahrenen Ärzten häufig verordnet werden, pflegen hierauf eher ungünstig zu reagieren, indem die angestrebte Ablenkung weit überwogen wird durch die mit der Reise verbundene Beunruhigung infolge der Fülle von Eindrücken und der Notwendigkeit des Eisenbahn- und Hotellebens mit all seinen Molesten. Ich kann mir kaum einen Fall psychischer Erkrankung denken, für den größere Reisen von Vorteil wären. Nur nach Ablauf der psychischen Erkrankung in voller Rekonvaleszenz können sie in Frage kommen, und auch dann nur, nachdem ein längerer Aufenthalt in einfachen ländlichen Verhältnissen in geeigneter Familie oder in einem ruhigen Luftkurort vorausgegangen ist.

Eine erhebliche Rolle für die Ablenkung und Zerstreuung psychisch Erkrankter fällt den allgemein üblichen Spielen zu, wie sie in geschlossenen Räumen geübt werden können: Dame, Mühle, Halma, Domino usw. Diesen Spielen ist gemeinsam, daß sie einfach auszuführen sind; sie können daher allen Kranken erlaubt werden, welche geordnet genug sind: Schwachsinnigen, Melancholischen, Paranoischen und leicht Erregbaren. Auf diese Weise bedeuten sie eine nützliche Zerstreuung, die von unzweckmäßigen Handlungen abhält, und eine Verkürzung der von der Arbeit übrig bleibenden Mußestunden. Es ist nur darauf zu achten, daß sie im Anstaltsbetriebe nicht an die Stelle der Beschäftigung treten, d. h. daß nicht zur Arbeit fähige Kranke den Werktag über auf den Abteilungen bleiben und ihren Tag mit Spiel vertrödeln. Diese Gefahr besteht insbesondere für die, wenn sie nicht um Geld gespielt werden, sonst harmlosen Kartenspiele, welche aber immerhin aus früheren Reminiszenzen heraus bei den Kranken Leidenschaft und Eifer auszulösen pflegen. Überall dort, wo sich arbeitende Kranke befinden, sollte daher die Abteilungsordnung solche Spiele nur nach Arbeitsschluß und an Festtagen gestatten. Wie das Spielen um Geld, so ist auch das Spielen um sonstige besonders begehrenswerte



Objekte, wie Tabak z. B., zu verbieten, da auch hierdurch leicht Affekte erregt und Konflikte unter den Kranken herbeigeführt werden können.

Die schönen Künste, Literatur, Musik, Malerei können aktiv und passiv geübt werden, und sind im ersten Falle mehr eine Tätigkeit als eine Unterhaltung. Die Beschäftigung mit Lektüre gehört zu den wichtigsten Einwirkungsmöglichkeiten auf die Psyche eines Menschen und kann manchmal besser als das gesprochene Wort die Denkweise eines Kranken in bestimmter Richtung beeinflussen. Um mit dem Leichtesten anzufangen, kann man bereits im akuten Stadium, wenn überhaupt Aufnahmefähigkeit vorhanden ist, Kranke in illustrierten Zeitschriften blättern lassen; sie besehen sich die Bilder, lesen auch manche kurze Geschichten und werden dadurch abgelenkt, beschäftigt und angeregt. Später kommen dann einfache schlichte Erzählungen daran, die gerade spannend genug sind, um das Interesse zu wecken, aber nicht spannend genug, um den Kranken zu längerem Lesen zu veranlassen, als ohne Ermüdung für ihn möglich ist. Spannende Romane, insbesondere Kriminalromane und Erzählungen sexuellen Inhalts und mit sexuellen Problemen sind für alle Arten geistiger Störung von Übel und zu vermeiden. Bekannt ist insbesondere der nachteilige Einfluß von Kriminalgeschichten auf jugendliche Kranke, auf Debile und Degenerierte, die dadurch unmittelbar zu bedenklichen antisozialen Handlungen angeregt werden können. Ist die Erholung soweit fortgeschritten, daß größere Geschichten ohne Anstrengung gelesen und ein längerer Gedankenzusammenhang festgehalten werden kann, so empfehlen sich episch breite Schilderungen, wie sie in der deutschen Literatur Autoren wie Raabe, Keller u. a. in moralisch und literarisch einwandfreier Weise darbieten. Für chronische Kranke, Schwachsinnige und Paranoide sind Reiseschilderungen besonders geeignet. Um damit den Zweck einer geistigen Schulung zu verbinden, wird man mit Vorteil die Kranken das Gelesene exzerpieren lassen. Das Exzerpieren ist überhaupt die zweckmäßigste Methode, geistige Arbeiter allmählich nach überstandener Psychose in der Rekonvaleszenz zur geistigen Tätigkeit zurückzuführen, von einfachen Dingen anfangend allmählich zum Schwierigeren fortschreitend. Der Arzt muß aber dauernd die Lektüre überwachen. Ein jedes Zeichen von Ermüdung wird ihn veranlassen, die Schwierigkeit des Lesestoffes oder das Maß der darauf zu verwendenden Zeit herabzusetzen. Nicht selten ist es nötig, bei solchen chronischen Zuständen der Gebildeten, die zu einer Schwächung der geistigen Leistungsfähigkeit geführt haben, so daß die Beschäftigung in der diesen Kranken früher gewohnten Weise nicht mehr möglich ist, für eine andere geeignete intellektuelle Betätigung zu sorgen. Hier ist es oft am besten, etwas ganz Neues lernen zu lassen, sei es eine neue Sprache, eine Kurzschrift oder das Studium einer neuen Wissenschaft wie Zoologie oder Botanik. Wenn hierdurch auch vom sozialen Standpunkt aus keine Ergebnisse erzielt werden, da der Kranke nicht in der Lage ist, seine zu erwerbenden Kenntnisse zu verwerten, so wird ihm doch insofern ein subjektiv empfundener Nutzen gebracht, als er sich nicht überflüssig fühlt und selbst das Gefühl der ihm von früher her zum Bedürfnis gewordenen geistigen Betätigung behält. Allgemein gültige Regeln können für die Lektüre Geisteskranker nicht gegeben werden, es ist vielmehr von Fall zu Fall zu entscheiden; die einzelne Entscheidung ist aber in der Regel nicht schwierig, wenn der geistige Zustand und die Individualität

des Kranken sowie das zu erreichende Ziel genügend in Betracht gezogen und gegeneinander abgewogen werden. Voraussetzung ist natürlich, daß jede Anstalt über eine umfangreiche, nach ärztlichen Prinzipien ausgewählte belletristische Bibliothek verfügt. Die Zeitungslektüre kann in der Regel unbedenklich gestattet werden und ist bei geistig geschwächten Kranken auch therapeutisch insofern wichtig, als sie ein Mittel darstellt, das Interesse der Kranken für die Außenwelt und die öffentlichen Vorgänge der engeren und weiteren Heimat wach zu erhalten; ebenso wie die Korrespondenz mit den Angehörigen und deren Besuche das Interesse und die Anteilnahme an der eigenen Familie zu wahren geeignet sind.

Bei gebildeten Kranken, Psychopathen und Debilen kann die Lektüre auch ein vorzügliches Mittel sein, um in bestimmter Richtung auf die Lebensanschauung einzuwirken, indem man den Kranken bekannt macht mit der Lebensanschauung bedeutender Denker von ethischer Weltauffassung. Wenn diese Lektüre in fesselnder und leicht verständlicher Form dargeboten wird, kann sie in vorteilhafter Weise den suggestiven Einfluß des in derselben Richtung wirkenden Arztes unterstützen; ist doch auch für den Gesunden die beste und heilsamste Gesellschaft diejenige guter Bücher.

Eine produktiv literarische Beschäftigung wird nur in verschwindenden Fällen in Frage kommen. Das Ausarbeiten von Aufsätzen und Beschreibungen mag bei manchen schwachsinnigen Kranken von Wert sein und ist ein Teil der Pädagogik dieser Elemente. Vielfach verfassen Geisteskranke umfangreiche, mehr oder weniger pathologische Elaborate, wobei man sie am besten gewähren läßt, da diese Tätigkeit eine zweckmäßige Ablenkung von anderer unangenehmerer Entäußerung ihrer Krankheitsvorstellungen darstellt.

Auch das Zeichnen und Malen spielt in der Therapie der Psychosen keine erhebliche Rolle. Damen, welche vor ihrer Erkrankung mit den malerischen Künsten dilettiert haben, kann man auch in der Rekonvaleszenz oder nach Ablauf der akuten Symptome im Defektzustand diesem Vergnügen obliegen lassen, mit welchem sie ihre Zeit in angenehmer Weise verbringen, ohne andere zu belästigen. Das Betrachten von Bildern und Gemälden kann man allen Geisteskranken gestatten, ohne daß man sich einen Erfolg für ihre geistigen Fähigkeiten davon versprechen dürfte. Manche männlichen Kranken, die von technischen Berufen herkommen und zeichnen gelernt haben, sind im Anstaltsbetriebe mit Anfertigung von Kurven und Zeichnungen oft nützlich und zweckentsprechend zu beschäftigen.

Eine große Bedeutung hat man früher, besonders allerdings in Laienkreisen, der Musik zugeschrieben, in der Annahme, daß sie auf Gemütskrankheiten heilend einwirken solle. Auch in neuerer Zeit las ich aus amerikanischen Anstalten, daß in denselben den Kranken gute Musik dargeboten werde, in der bewußten Absicht, gemütliche Störungen günstig zu beeinflussen. Diese Idee hat bei oberflächlicher Betrachtung ja auch etwas Bestechendes, wenn man bedenkt, daß die Musik eine mächtige Wirkung auf Stimmung und Gefühl besitzt, wenigstens bei musikalisch angelegten Individuen. Das Gros der Kranken ist nur zugänglich für leichteste Gassenhauer und Operettenmelodien, und es ist ja kein Zweifel, daß man mit solcher Musik, mag sie nun durch Orchester, Klavier oder Grammophon hervorgebracht werden, vielen Kranken eine Freude machen und ihnen ihr Dasein angenehmer gestalten kann. Musikalisch zarter Veranlagten werden diese musikalischen Produktionen allerdings eine Qual sein, doch sind letztere auf den Ab-



teilungen für chronisch Kranke eine derart verschwindende Minderzahl, daß ein gutes Grammophon immerhin ein passendes Abteilungsgeschenk darstellt. Viele Anstalten haben ihre aus Pflegern und Kranken bestehenden Hauskapellen, welche auf den Anstaltsfesten Tänze und Märsche spielen; auch dagegen ist nichts einzuwenden.

Eine planmäßige Ausnützung der Musik zur Erzeugung bestimmter Stimmungswerte kann nur bei musikalisch veranlagten gebildeten Kranken in Frage kommen. Man sollte denken, daß solche Kranke, wenn sie schwermütig sind, durch leichte und heitere Musik angeregt und durch ernste Musik von ihren krankhaften Stimmungen befreit und normalen Empfindungen entgegengeführt würden. Diese Überlegung ist aber rein theoretischer Natur. In Wirklichkeit wird es nie gelingen, eine ausgesprochene melancholische Depression durch Musik nachhaltig zu beeinflussen, und auch die musikalisch wertvolle Musik kann keine höhere Wertschätzung beanspruchen als die einer leicht zu erzielenden und angenehmen Zerstreuung; selbst hierfür ist sie nur mit Vorsicht anzuwenden, da die Mehrzahl der stimmungskranken Patienten außerordentlich sensibler Natur ist und durch die Geräusche der musikalischen Betätigung schädliche Nervenreizungen erfahren kann. Auch ist daran zu denken, daß durch Melodien schmerzliche Reminiszenzen geweckt und dadurch Affekte ausgelöst werden können. Ich erinnere nur an die Weihnachtsmelodien, die zusammen mit dem ganzen Komplex der Weihnachtsvorstellungen depressive Stimmungen außerordentlich steigern und selbst zu Selbstmordversuchen führen können. Eigene musikalische Betätigung ist für viele Kranke von Vorteil, aber in der Anstalt oft für die Mitkranken mit Belästigungen verbunden. Bei der Aufstellung der Klaviere bedarf dieser Gesichtspunkt der Berücksichtigung.

Schließlich noch wenige Worte über die Anstaltsfeste. Wohl alle Anstalten veranstalten gemeinsame Feste in hierzu gebauten Festsälen. Diese Feste können lediglich den Wert einer Zerstreuung für das Gros der monate- und jahrelang in den eintönigen Anstaltsverhältnissen lebenden chronischen Kranken beanspruchen und sind als Belohnung für regelmäßige Arbeit ein Bedürfnis. Jeglicher Heilwert geht ihnen ab, wenn es natürlich auch nicht notwendig ist, heilbare Kranke prinzipiell fernzuhalten. Diese Anstaltsfeste haben aber auch manche Nachteile, welche darin bestehen, daß es immer erforderlich sein wird, zahlreiche Kranke, die großen Wert darauf legen, an den Festen teilzunehmen, von diesen auszuschließen, so daß man manchmal den Eindruck gewinnt, daß die Unzufriedenheit der Zurückgewiesenen die Freude der Zugelassenen überwiegt. Die Art dieser Feste ist wohl überall die gleiche. Man bietet Orchestermusik, Theatervorstellungen, wobei sich insbesondere kurze leicht verständliche und heitere Stücke zur Aufführung eignen. Auch Projektionsvorträge und Kinematographenvorstellungen, bei denen aufregende Dinge vermieden werden müssen, sind geeignet und beliebt. Bei all diesen Aufführungen kann man Männer und Frauen gemeinsam teilnehmen lassen. Dagegen ist es nicht zweckmäßig, Männer und Frauen zusammen tanzen zu lassen wegen der damit verbundenen sexuellen Erregung, woraus unangenehme und schädliche Szenen resultieren können. Da das Personal bei den für die Kranken veranstalteten Festen ausschließlich für die Aufsicht da ist, so besteht vielfach der Brauch, für Pfleger und Pflegerinnen als Abwechslung in ihrem schweren Berufe eigene Feste unter Teilnahme der Ärzte und Beamten und deren Familien zu veranstalten.





# Physikalisch-diätetische Behandlungsmethoden.

## a) Bettbehandlung.

In Deutschland ist die Bettbehandlung bei psychischen Erkrankungen zuerst von Paetz in Alt-Scherbitz in besonders hierfür errichteten Bauten von 1879 ab systematisch angewandt worden, nachdem bereits seit Anfang der Sechzigerjahre L. Meyer in Göttingen von ihr Gebrauch gemacht hatte. Nach Neisser, der sich um die Einführung der systematischen Bettbehandlung in die psychiatrische Therapie besondere Verdienste erworben hat, gehören alle auffälligen und ungeordneten Elemente in der Anstalt ins Bett, insbesondere alle frischen Fälle und alle Aufnahmen. Würth hält die Beschränkung der Gewalttätigkeit und damit die Hebung der sozialen Eigenschaften chronisch unruhiger Geisteskranker für die hauptsächlichsten Vorteile der Bettruhe.

Über den enormen Wert der Bettbehandlung für die Therapie der verschiedensten Erscheinungsformen geistiger Störung besteht tatsächlich längst Übereinstimmung, wenn auch die einzelnen Anstalten in bezug auf den Umfang, in welchem sie die Bettruhe anwenden, unter sich erheblich differieren. Dies hängt naturgemäß nicht nur von den ärztlichen Prinzipien, sondern auch von der Qualität des Krankenmaterials und dem Verhältnis zwischen Aufnahmen und Bestand ab. Die Indikationen für die Anwendung der Bettbehandlung bei Psychosen sind außerordentlich zahlreich. Natürlich kommen alle diejenigen Geisteskranken ins Bett, die auf Grund einer gleichzeitig bestehenden körperlichen Krankheit der Bettruhe bedürfen, sei es, daß die körperliche Krankheit die Ursache, eine zufällige Begleiterscheinung oder eine gesetzmäßige Folge der Geistesstörung sei. Für die Behandlung akzidenteller körperlicher Erkrankungen verfügen größere Anstalten über besondere Lazarette, in welchen allerdings, da in der Regel die vorhandenen körperlich Erkrankten zur Füllung dieser Lazarette nicht genügen, auch aus anderen Gründen der Bettbehandlung bedürftige Kranke untergebracht zu werden pflegen. In analoger Weise wie bei körperlich Kranken ist die Bettbehandlung begründet bei Siechen, die infolge von Lähmungserscheinungen sich nicht außer Bett aufhalten können, oder deren Pflege wegen ihrer Unsauberkeit und Unbehilflichkeit am besten im Bette geleistet werden kann. Insbesondere ist eine erfolgreiche Bekämpfung der Unsauberkeit im allgemeinen nur bei Bettbehandlung möglich.

Neben den ausgesprochen körperlich Kranken und den Siechen gehören ins Bett alle Zustände von Erschöpfung, seien sie Ursache oder Folge der psychischen Erkrankung. Hier gilt es, die vorhandenen Kräfte zu schonen und zu konservieren, und bei Bettruhe ist bekanntermaßen der Kräfteverbrauch am geringsten. In gleicher Weise ist die Bettruhe begründet bei Nahrungsverweigerung und mangelhafter Nahrungsaufnahme, die mit Erschöpfung verbunden sind oder zu solcher zu führen drohen. Hier ist insbesondere die wagrechte Bettlage indiziert, mit liegendem Kopfe, um Ohnmachts- und Schwindelanfällen vorzubeugen; die wagrechte Bettlage ist auch bei allen Fällen von Anämie des Gehirnes geboten, die sich in Blässe des Gesichtes und der Schleimhäute des Kopfes sowie in Neigung zu Schwindel und Ohnmachten manifestiert. Es ist aber zuzugegeben, daß es manche Fälle gibt, wo man zufrieden sein muß, wenn es gelingt, erschöpfte Kranke überhaupt im Bette zu halten, und diese, in stetiger deliranter kleiner Unruhe, nicht zu bewegen sind, sich hinzulegen. Man wird natürlich in solchen Fällen niemals versuchen, aus theoretischen Gründen die Tieflage des Kopfes, etwa durch mechanische Mittel zu erzwingen, da die hierdurch bedingte psychische Schädigung unvergleichlich größer sein würde, als der zu erzielende immerhin problematische physiologische Nutzen einer solchen Maßnahme. Abstinierende Kranke können auch nur in Bettlage sachgemäß gefüttert werden, sei es, daß es sich um Fütterung mit dem Löffel oder um Sondenernährung handelt.

Verwirrtheit ist oft gleichzeitig mit Erschöpfung verbunden. Aber auch ohne diese Komplikation sind verwirrte Kranke nur im Bett sicher aufgehoben und vor Schädigungen, welche sie bei planlosem und unsicherem Herumlaufen erleiden können, einigermaßen bewahrt, da nur so eine dauernde sorgfältige Überwachung und genügende Wartung geleistet werden kann. Bei diesen Kranken kommt auch die direkte beruhigende Wirkung der Bettruhe, die wir alle kennen, ohne ihre Gründe analysieren zu können, zur Geltung, ebenso wie bei den verschiedensten Zuständen von Depression und Hemmung. Hier ist der Umstand wesentlich, daß die Überwachung im Bette befindlicher Kranker erheblich leichter ist als von solchen Kranken, die in den Tagsälen umhergehen, sich bald da bald dort befinden und die Möglichkeit haben, sich an Gegenständen zu schaffen zu machen oder sich in den Besitz von Objekten zu setzen, mit denen sie sich schaden können.

Die beruhigende Wirkung der Bettbehandlung steht im Vordergrund bei der Behandlung der Aufregungszustände. Die wirkenden Kräfte sind hier wohl die angenehme gleichmäßige Bettwärme, die Freiheit von beengenden Kleidungsstücken und vor allem die Suggestion des Krankseins, welche durch die Unterbringung, insbesondere der neu aufgenommenen Kranken, in den gemeinsamen Lazarettsälen geweckt wird. Indem sich den Kranken der ihnen von früher her geläufige Eindruck des Krankensaales mit ihrer, wenn auch vielleicht zwangsweise und gegen ihren Willen erfolgten, Verbringung in die Irrenanstalt assoziativ verknüpft, wird der Internierung manches Schmerzliche und Revoltierende genommen und die Grundlage zu der Vorstellung gelegt, in ärztlicher Behandlung zu sein, so daß oft dadurch erst die Möglichkeit angebahnt wird, daß der Geisteskranke den Arzt und Pfleger als Helfer und nicht als Kerkermeister ansieht; wenn die Bettbehandlung dieses Vertrauensverhältnis ermöglicht hat, so hat sie dem Arzt die Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Einwirkung auf den Kranken gegeben.



Da mit der Verbringung in das Bett die Krankhaftigkeit der psychischen Störungen den Kranken, aber auch dem Personal gegenüber betont wird, so ist diese auch die geeignete Reaktion auf Exzesse oder Hausordnungswidrigkeiten, die außer Bett befindliche, insbesondere sich der Vorzüge der offenen Behandlung erfreuende Geisteskranke begehen. Man wird nicht selten aus diesem Motiv heraus Kranke, die sich bei einem Ausgang betrinken, über Urlaub ausbleiben oder auch innerhalb der Anstalt Streiche irgend welcher Art begehen, für die sie Verständnis haben, die aber der Anstalt, anderen Kranken oder ihnen selbst schaden, zu Bett bringen, mit der Begründung, daß sie so krank seien, daß diese Maßregel nötig geworden sei. Also eine suggestiv wirkende, die Form der ärztlichen Verordnung tragende Disziplinarmaßregel, ohne die nicht wohl auszukommen ist. Auch als Mittel zur Erziehung zur Arbeit spielt die Bettbehandlung eine wichtige Rolle, ebenfalls im Sinne einer erlaubten Disziplinierung. Doch scheint mir der Satz, wie er gelegentlich geprägt worden ist, daß jeder Geisteskranke, der nicht arbeitet, damit dokumentiere, daß er so krank sei, daß er ins Bett gehöre, zu weit zu gehen.

Wo Erregungszustände mit Verwirrtheit und vor allem, wo sie mit triebartiger Unruhe einhergehen, erspart die Bettbehandlung dem Kranken viele Kollisionen mit lebenden und leblosen Dingen. Sie wirkt auch bei übererregbaren Kranken reizmindernd und hierdurch beruhigend. Es ist ein anderes Ding, ob ein aufgeregter Kranker im Bette untergebracht ist, wo er bis zu einem gewissen Grade sein stabiles Reich für sich hat, oder ob er im vielleicht überfüllten Tagraum unter anderen aufgeregten Elementen von einem Konflikt in den anderen gerät.

Die Bettbehandlung ist auch eine sehr wichtige sozialisierende Maßregel für die Abteilungen der Unruhigen. Wenn man es erlebt hat, wie eine Abteilung für 40 oder 50 chronisch Unruhige, deren Insassen, bis dahin in den Tagräumen sich aufhaltend, mit ihrem Gezänke, Geschrei und Durcheinanderwirbeln den richtigen Eindruck des Tollhauses machten, sich mit einem Schlage sozialisierte, fast ruhig wurde und den Anblick geordneter Krankenhaussäle darbot, sobald man das Gros dieser Kranken ins Bett legte, lernt man die ästhetische Seite der Bettbehandlung schätzen. Und diese Wirkung ist nicht gering zu bewerten. Denn es ist ja unsere Aufgabe, dort, wo wir die Krankheit nicht heilen oder bessern können, die Kranken zu einem menschlichen, sozialen Zusammenleben zu erziehen, ganz abgesehen davon, daß wir gleichzeitig auch therapeutisch wirken; denn die Voraussetzung für jede ärztliche Behandlung ist doch, daß das Milieu, in welchem sich unsere Kranken befinden, nicht als solches schädigend wirkt, sondern vielmehr unsere ärztlichen Einwirkungen unterstützt. Daß in diesem Sinne auch die Bettbehandlung manche Gefahren bietet, und wie man diesen vorbeugt, davon wird später zu sprechen sein.

Gelegentlich wird die Unterbringung im Bette — im Wachsaal oder im Einzelzimmer — auch benutzt, um Kranken das Entweichen zu erschweren. Es sind das solche Anstaltsinsassen, bei denen stürmische Neigung zum Entweichen in Anbetracht ihrer Besonnenheit und ihres Raffinements, eventuell auch eines Vorlebens, in welchem sie sich besondere Geschicklichkeit im Ein- und Ausbrechen erwerben konnten, im Rahmen einer kolonialen Anstalt auf andere Weise kaum mit Erfolg bekämpft werden kann. Das Mittel ist im Interesse der öffentlichen Sicherheit, die jedem anderen Interesse vorgehen muß,

manchmal nicht zu entbehren, aber für die davon betroffenen Kranken, meist besonnene Kriminelle, außerordentlich lästig und deshalb nur als vorübergehender Notbehelf zu approbieren. Diese Kranken sind nicht nur sicherer, sondern auch humaner in festen Häusern untergebracht, deren ausgiebige Sicherungsvorrichtungen es erlauben, den Insassen innerhalb des Hauses ein relativ erhebliches Maß von Freiheit zu gewähren. Solche besonnenen Kranke auf die Dauer ins Bett zu stecken, ist eine Grausamkeit; da haben sie es in jedem Zuchthaus besser.

Auch darf man die Bettbehandlung nicht übertreiben, und wenn sie auch die typische Behandlungsmethode ist für erschöpfte, verwirrte, sieche, depressive und erregte Geisteskranke, so ist damit nicht gesagt, daß alle diese Kranken während der ganzen Dauer ihrer Erkrankung im Bette bleiben sollten. Dauernde Bettruhe ist wohl im großen und ganzen, soweit keine der später zu besprechenden Behandlungsmittel in Frage kommen, indiziert bei Erschöpften und Verwirrten sowie bei ängstlich Erregten. Aber schon für die expansiven Aufregungszustände ist eine dauernde Bettruhe nicht immer angezeigt und wirkt gelegentliches vorübergehendes Aufstehen oft günstig.

Insbesondere sollte man die aufgeregten Kranken der Abteilungen für chronisch Unruhige systematisch vormittags und nachmittags für 1 bis 2 Stunden in den Garten schicken, um das Überhandnehmen von Anämie und Tuberkulose zu verhindern. Für solche kurze Zeiten sind diese chronisch Kranken auch meist im Garten in Ordnung zu halten, während sie bei halbtagelangem Herumlungern in Tagsälen und Gärten leicht verwildern.

Die Unterbrechung der Bettbehandlung ist bei unruhigen Kranken auch dann indiziert, wenn diese Kranken immer wieder das Bett verlassen, bettflüchtig werden; Festhalten, um Bettruhe zu erzielen, ist eine ganz schlechte Maßnahme, die nur erregend wirkt; Zureden hilft sehr selten. Dagegen wird durch vorübergehendes stundenweises Aufstehenlassen oft erreicht, daß sich die Kranken willig die Bettruhe wieder gefallen lassen.

In noch viel weitgehenderem Maße ist Unterbrechung der Bettbehandlung geboten bei Depressions- und Hemmungszuständen, bei welchen man nach anfänglicher, oft nur wenige Tage dauernder, konsequenter Bettbehandlung ein- oder zweimal des Tages kurzdauerndes Aufstehen und Promenieren im Garten einschiebt. Man muß dabei allerdings vorsichtig sein, sowie man einen ungünstigen Einfluß bemerkt. Bei individualisierender Beobachtung dieser Regel wird man aber bei Hemmungszuständen ohne erheblichen Affekt nicht selten eine psychisch anregende Wirkung des kurzdauernden Aufstehens finden, ganz abgesehen von der somatisch-hygienischen Bedeutung dieser Maßregel.

Bei heißem Wetter ist es für die Kranken eine große Wohltat, wenn man ihnen während der Bettbehandlung kurzdauernde kühle Bäder von zirka 25 bis 30° C und 10 bis 15 Minuten Dauer verabreicht; die Maßnahme empfiehlt sich vor allem bei kräftigen, gut genährten und zu starkem Schwitzen neigenden Individuen und hat auch eine wesentliche somatisch-hygienische und kosmetische Bedeutung.

Wie lange man das Regime der Bettruhe andauern lassen soll, darüber lassen sich allgemeine Regeln kaum geben. Man wird mit eintretender Beruhigung bei Erregten und Ängstlichen allmählich die Bettruhe einschränken; zunächst läßt man sie nachmittags zwischen Vesper und Abendessen 2 bis 3 Stunden



aufstehen; dann das erste Frühstück noch im Bett nehmen, sich etwa um 9 Uhr erheben, nach dem Mittagessen aber wieder hinlegen bis 3 Uhr und dann wieder aufstehen; die Stunde des Schlafengehens wird man allmählich hinausschieben und schließlich die Kranken auch früher aufstehen lassen. Die Ruhe nach dem Mittagessen ist bis zum vollen Eintritt der Rekonvaleszenz und ausgiebiger Zunahme des Körpergewichtes beizubehalten. Mit der Einschränkung der Bettbehandlung beginnt die Beschäftigung und wird allmählich gesteigert. Beide stehen ja in umgekehrt proportionalem Verhältnis. Bei stuporösen, affektlosen Kranken, welche nicht erschöpft sind, droht bei konsequenter Bettbehandlung die Bettsucht, die ein Nährboden für beginnende Verblödung ist; hier ist also frühzeitige Unterbrechung der Bettruhe dringend geboten.

Gegenindikationen für die Bettbehandlung sind oft auch Neigung zur Masturbation, der außer Bett besser entgegengearbeitet werden kann, sowie bei Siechen Neigung zum Durchliegen und zu Hypostasen; deshalb eignen sich Paralytiker und Apoplektiker oft besser für den Sessel als für das Bett, und man sollte sie promenieren lassen, solange es ihre Bewegungsfähigkeit äußerst gestattet. Die früher von Kemmler geäußerte Befürchtung, daß dadurch die Zahl der paralytischen Anfälle gesteigert würde, ist wohl nicht zutreffend.

Über die Technik der Bettbehandlung ist nicht viel besonderes zu sagen. Der Ort ihrer Anwendung ist überwiegend die Wachstation, da sich in der Mehrzahl der Fälle die Indikation der Bettbehandlung mit derjenigen der permanenten Überwachung deckt. Doch empfiehlt es sich auch, auf manchen nicht überwachten Abteilungen, Pflegehäusern wie Landhäusern, einzelne Zimmer und kleine Säle für Bettbehandlung einzurichten, um bei leichteren rasch vorübergehenden Stimmungsschwankungen, soweit sie nicht die Befürchtung der Suizidgefahr erwecken, für kurze Zeit bettbehandeln zu können, ohne auf eine andere Station verlegen zu müssen. Das gleiche gilt für interkurrente körperliche Erkrankungen; so hat man in Alt-Scherbitz in der Kolonie eine ziemlich umfangreiche Bettbehandlungsabteilung bei offenen Türen eingerichtet, wo selbst erheblichere Erregungszustände ohne Verlegung in die geschlossene Anstalt ablaufen können. Für länger dauernde Bettbehandlung sollte man nach Möglichkeit nur Säle im Erdgeschoß verwenden, um die Kranken jederzeit leicht ins Freie bringen zu können, was in Obergeschossen meist sehr erschwert ist, da man wenige Kranke auf Balkone der oberen Stockwerke zu bringen wagen darf. Für eine der wesentlichsten Voraussetzungen dafür, daß die Bettbehandlung mit Erfolg durchgeführt werden kann, halte ich die konsequente Trennung der im Bett befindlichen Kranken von den auch nur vorübergehend außer Bett sich aufhaltenden; also befürworte ich im Gegensatz zu Dehio den Alt-Scherbitzer Typus der Wachabteilung gegenüber dem Guddenschen Typus; wenn sich manche Kranke angekleidet in Sicht der Betten bewegen, bedeutet dies für die bettlägerigen nicht nur eine Beunruhigung, sondern auch einen steten Anreiz, auch ihrerseits das Bett zu verlassen; und das Herumlaufen im Hemd ist gegebenenfalls eine Art von Luftbad, aber niemals eine Bettbehandlung, jedenfalls eine vom ästhetischen Standpunkt aus unerfreuliche Unordnung und auch eine Quelle vieler Konflikte.

Zu der Art der Aufstellung der Betten ist zu bemerken, daß sie möglichst weit voneinander entfernt stehen sollen, bei Unruhigen mindestens 1 *m*, während



es auf die Höhe des Bettsaales weniger ankommt; stehen sich die Betten näher, so ist das gegenseitige Belästigen und Stoßen der Kranken zu sehr erleichtert, und dem Personal wird es schwerer gemacht, Gewalttätigkeiten der Kranken untereinander zu verhindern, wie auch für die Beschäftigung des Arztes und des Pflegepersonals mit dem einzelnen Kranken zu große Bettnähe erschwerend wirkt. Die Betten dürfen niemals so stehen, daß der Kranke direkt gegen das Fenster sieht, aber er soll auch bei Rückenlage nicht in die Flamme der Glühbirne starren, weshalb indirekte Deckenbeleuchtung für die Nachtbeleuchtung zu wählen ist, und zwar mit Dunkelschaltung, die es gestattet, die Beleuchtung nachts auf ein Mindestmaß von Helle zu beschränken, die es zwar der Nachtwache noch erlaubt, jeden Kranken genau zu beobachten, aber andererseits das Einschlafen nicht erschwert; denn wir wollen doch, daß die Kranken nach Möglichkeit nachts natürlichen Schlaf haben, wozu Einschränkung wie der akustischen so auch der optischen Reize erste Voraussetzung ist. Das Kopfende einer Bettstelle darf sich auch nicht unmittelbar bei einem Heizkörper befinden, da eine starke Erhitzung des Kopfes mit den Zielen der Bettbehandlung im Widerspruch steht; die Erfüllung dieser Forderungen wird manchmal nicht leicht sein, wenn die Heizkörper in Fensternischen aufgestellt sind. An Bettstellen, Matrazen und sonstige Lagerung sind keine anderen Ansprüche zu stellen, wie diejenigen der Solidität und Bequemlichkeit. Eisernes Gestell, Fußbrett und Kopfbrett aus Holz, gut angeschraubt, daß es nicht herausgezogen und als Waffe verwandt werden kann, Sprungfeder- und darüber Roßhaarmatratze und die übrige Lagerung je nach der Sitte der Gegend. Im Elsaß sind auch für unruhige Kranke Federkopfkissen und Plumeaus unentbehrlich. Für die Bettbehandlung gelähmter und dabei leicht unruhiger Kranker sind herausnehmbare niedere Seitenwände angenehm, haben aber immer ihre Gefahren, wenn die Kranken noch imstande sind, sich daran hoch zu arbeiten und darüber zu stürzen. Die sogenannten Kastenbetten zur Behandlung erregter Kranker vermag ich nicht zu schätzen. Käfigartige Einrichtungen, wie Gitterbetten, sind scheußlich und absolut abzulehnen.

## b) Isolierung und Separierung.

Mercklin definiert die Isolierung als ein Einschließen in ein mehr oder weniger festes Einzelzimmer, die Separierung als Absonderung in ein offenes Zimmer. Die Definition ist schwankend und auch diejenige von Mercklin nicht befriedigend. Gemeinsam ist beiden Begriffen das Unterbringen eines Geisteskranken in einem besonderen Raum für sich, der Unterschied kann in der Methodik liegen oder auch in dem Motiv respektive dem zu erreichenden Zweck. Jedenfalls steht fest, daß nach dem Sprachgebrauch die Isolierung die eingreifendere, die Separierung die mildere Maßregel ist. Ich möchte den Unterschied so definieren: Beides sind Methoden der Absonderung eines Kranken, die Separierung jedoch unter Beibehaltung einer dauernden Überwachung, die Isolierung unter Verzicht auf eine solche. Man kann also nur separieren in einem Zimmer, das sich unmittelbar an einen Wachsaal anschließt oder an einen Korridor, auf welchem sich dauernd eine Wache befindet. Dagegen ist es nicht nötig, daß die Tür offen steht, da dann der separierte Kranke herauslaufen



oder durch hineinlaufende andere Kranke gestört werden kann; ich ziehe vielmehr eine Glastür vor, mit großen Glasfenstern — auf keinen Fall mit Guckloch — die Sprossen aus Eisen, die Scheiben aus Hartglas. Heilbronner, der auch auf den Nachteil des Aufweckens eingeschlafener Kranker durch den Revidenten beim Türöffnen hinweist, empfiehlt eventuell Beobachtungsfenster neben der Tür. Um hier gleich das Erforderliche über die bauliche Gestaltung der Einzelzimmer vorwegzunehmen, so ist hierüber generell zu sagen, daß dasselbe möglichst wenig im Aussehen von einem gewöhnlichen Einzelkrankenzimmer abweichen, aber doch nach Möglichkeit fest sein und zu Beschädigungen des Raumes oder des darin untergebrachten Kranken keine Gelegenheit bieten, dabei aber übersichtlich sein und Entweichungen verhindern soll.

Diesen Ansprüchen genügt ein Raum von etwa 40 bis 50 *cm*³ Luftraum, schmal und lang, Fenster und Tür an je einer Schmalseite, damit das Zimmer von der Glastür aus bequem übersehen werden kann, mit abgerundeten Ecken, die Wände mit Zementmörtel verputzt und mit Emailfarbe hell gestrichen, der Fußboden in Eichenparkett, für sehr zerstörungssüchtige Kranke jedoch besser aus eichenen Bohlen, quer durchlaufend und an den Seiten mit unter Putz liegenden eisernen Schienen befestigt (Stephansfeld). Über die Tür ist schon gesprochen worden, sie soll solid konstruiert und innen ganz glatt und ohne Öffnung sein, und der Türfalz so eingerichtet, daß ein Einklemmen der Finger ausgeschlossen ist. Komplizierte, zuchthausartige Schlösser und Riegel sind, da die Einzelzimmer sich an Wachsäle anschließen, ganz unnötig; es genügt ein gewöhnlicher Türdrücker mit Falle an der Wachsaalseite und, um das Hineinlaufen von Kranken und daraus resultierende Konflikte und Schädlichkeiten zu vermeiden, ein oben und unten eingreifender Basküleriegel, mit Heizungsschlüssel zu bedienen. Wichtig sind die Einrichtungen für Beleuchtung, Verdunkelung, Heizung und Lüftung. Um die Einzelzimmer freundlich zu gestalten und ihnen den deprimierenden Eindruck der „Zelle“ zu nehmen, ist vor allem ein hohes und breites Fenster mit normaler Brüstungshöhe Erfordernis. Die Brüstung soll, um das Daraufstehen zu verhindern, mit dem Fenster glatt abschneiden, das Fenster selbst, in Eisenkonstruktion mit schmalen, nicht über 13 *cm* breiten Scheiben muß, wenn auf Vergitterung, die nur bei schwer kriminellen Kranken unentbehrlich ist, verzichtet wird, mit einem Sicherheitsschloß nach Art der von Paetz für Alt-Scherbitz angegebenen verschließbar sein. Hier ist eine Vorrichtung am Verschluß, welche den Pfleger verhindert, den Schlüssel zurückzuziehen ohne abgeschlossen zu haben (Zwangsverschluß), wie er für alle abgeschlossen zu haltenden Fenster wünschenswert ist, unbedingt nötig. Die künstliche Beleuchtung erfolgt am besten indirekt, von einer über der Tür befindlichen Nische aus, indem das Licht mittels eines Reflektors an die weißgetünchte Zimmerdecke geworfen wird; die elektrische Flamme ist für Dunkelschaltung einzurichten, damit der Kranke im Schlafe durch zu große Helle nicht gestört wird. Die Beheizung wird am besten als Luftheizung eingerichtet, bei Fernheizung in Form von Dampfluftheizung; doch kann auch ein Radiator in eine Mauernische gestellt werden, die nach dem Wachsaal eine Bedienungstür hat. In letzterem Falle ist besondere künstliche Lüftung erforderlich; die natürliche Lüftung geschieht durch eine zum Verschieben eingerichtete Hälfte der oberen Fensterflügel. Die Verschiebung des Flügels erfolgt durch ein Drahtseil, welches, ebenso wie der Gurt einer zum Ausstellen eingerichteten Rolljalousie, von seitlich vom Fenster angebrachten mit dem Fensterschlüssel verschließbaren Kästen aus bedient wird. Diese Art der Konstruktion des Einzelzimmers ergibt ganz sichere Verhältnisse, ohne daß das Zimmer dem Auge etwas Auffälliges oder Aufreizendes darböte.



Die eine Zeitlang mit großer Leidenschaft geführte Polemik darüber, ob man überhaupt isolieren dürfe, bei welcher insbesondere Scholz und Wattenberg den extremen Standpunkt des Um-keinen-Preis-Isolierens vertraten, und letzterer jeden, der für gelegentliche Isolierung eintrat, als indolenten, beschränkten und herzlosen Menschen stigmatisierte, ist verstummt. Es haben sich jetzt über Isolieren und Separieren bestimmte, allgemein anerkannte Grundsätze herausgebildet, welche, im wesentlichen der oben zitierten Arbeit von Heilbronner folgend, hauptsächlich den therapeutischen Gesichtspunkt bei dieser Maßregel in den Vordergrund schoben.

Ehe ich aber hierauf näher eingehe, möchte ich die Frage der Isolierung als Sicherheitsmaßregel besprechen. Dabei sei vorausgeschickt, daß ich das eigentliche Isolieren im Sinne obiger Definition, also das Einsperren ohne dauernde Aufsicht, im allgemeinen ablehnen und auf solche Kranke beschränkt sehen möchte, welche trotz aller therapeutischen Beeinflussung derartigen Lärm verursachen, daß man sie unmittelbar bei dem Wachsaal ohne zu große Störung anderer Kranker nicht unterbringen kann, und die andererseits nicht die Tendenz haben, zu verwahrlosen. In allen anderen Fällen scheint mir, sei es nun zu Sicherheits- oder therapeutischen Zwecken, nur die „Separierung" zulässig. Danach können die beiden Ausdrücke nunmehr synonym gebraucht werden.

Heilbronner ist der Ansicht, daß die Isolierung allzu störender Kranker nicht zu vermeiden sei. „Tatsächlich wird es immer wieder Kranke geben, deren Gesellschaft man keinem Mitkranken zumuten kann." Er meint insbesondere sehr obszöne Kranke und laute Schreier. Und dann vor allem: Überlegte Kranke mit agressiven Neigungen; denn man ist verantwortlich für ein eventuelles Unglück, das ein solcher Kranker anrichtet. An und für sich ist Isolieren oder Nichtisolieren ja keine Frage der Moral, und sie ist nicht nach dogmatischen, sondern nach Zweckmäßigkeitsgründen zu entscheiden. Fest steht, daß es eine sehr bedenkliche Maßregel ist, und zwar in ihrer Wirkung auf Kranke sowohl wie auf das Personal. Bösartige Kranke werden feindseliger, unzugänglicher, hinterhältiger. Zahlreiche erregte Kranke verkommen im Einzelzimmer mit großer Schnelligkeit, sie fangen an zu zerreißen, zerstören und zu schmieren. Und wenn auch letztere schlechte Gewohnheit durch konsequente Anwendung von Reinigungsklysmen nach Paetz fast immer mit Sicherheit zu vermeiden ist, so gibt es doch nicht leicht etwas Abstoßenderes, wie einen nackten Kranken im festen Zimmer, dem man nichts mehr gelassen hat, als feste Decken, die er schließlich auch noch demoliert. Im Gegensatz zu meiner früheren Auffassung bin ich geneigt zuzugeben, daß es auch nichtkriminelle Kranke mit so eminenter Gefährlichkeit gibt, daß deren Behandlung im Wachsaal oder Bad dem Personal und den Mitkranken gegenüber eine Gewissenlosigkeit wäre, und die auf jeden Fall isoliert werden müssen.

Man wird zu dieser Frage folgendes sagen: eine mit allen Einrichtungen der modernen Therapie, mit zahlreichen Ärzten und reichlichem gut geschultem Personal ausgerüstete Anstalt wird zum Zwecke der Sicherung nur in vereinzelten Fällen zu dem Mittel der Isolierung zu greifen brauchen; sie wird diese Isolierung nicht länger dauern lassen als unbedingt erforderlich und sie, wenn irgend möglich, durch kurzdauernden Aufenthalt im Garten, durch Bäder, Packungen usw. zu unterbrechen versuchen. Aber schließlich wird es immer Fälle geben, wo man,



ohne diese Forderungen erfüllen zu können, trotzdem isolieren muß, damit es kein Unglück gibt.

Maßgebend für den Umfang, in welchem in einer Anstalt zu Sicherheitszwecken isoliert werden muß, ist natürlich auch die Art des Krankenmaterials und der allgemeine Charakter der Bevölkerung. Bei den verhältnismäßig ruhigen und friedlichen Geisteskranken der Provinz Sachsen brauchte ich wenig zu isolieren; anders liegen die Verhältnisse bei dem durch Anlage und wohl vor allem durch generationenlangen Alkoholmißbrauch reizbaren und zornmütigen Krankenmaterial aus weinproduzierenden Gegenden.

Aber auf keinen Fall darf diese äußerst differente und nur als ultimum Refugium zulässige Maßregel in die Hände des Personals oder des Oberwartepersonals gegeben werden, das sich schnell daran gewöhnt und mit dem Einsperren rasch und sicher alle Schwierigkeiten beseitigen zu können glaubt. Wie Mercklin mit Recht betont, gebe man keine weitreichenden Vollmachten für das Personal, besonders nicht für die Nacht! Der alte Isolierschlendrian muß endgültig vorbei sein; und dies erreicht zu haben, ist vielleicht doch ein Verdienst der Antiisolierfanatiker.

Während die Isolierung zum Zwecke der Sicherung, abgesehen von den Pavillons oder Abteilungen für geisteskranke Verbrecher, nur geringen Umfang haben kann und darf, ist die Bedeutung dieser Maßregel, wenn sie im therapeutischen Interesse verordnet wird, eine ganz außerordentliche und als solche von Jahr zu Jahr mehr in ihrem Werte erkannt worden. Zwar Mercklin hat große Bedenken. Er stellt der reizfernhaltenden Wirkung des Einzelzimmers die reizerregenden Wirkungen des Isolieraktes und den Reiz des Eingeschlossenseins gegenüber, die Wut speichere sich an, Angst und Ratlosigkeit würden gesteigert. Bei innerer Erregung könne die Fernhaltung äußerer Reize nicht helfen. Er kommt zum Schlusse, die Isolierung sei keine rationelle Kurmethode, kein besonderes Beruhigungsmittel, sie habe große Schattenseiten; er halte sich daher nicht für berechtigt, die Anwendung der Isolierung vom therapeutischen Gesichtspunkte aus zu empfehlen. Die Separierung, wie er sie definiert, also mit offener Tür, hält er für sehr wertvoll für die Prophylaxe der Erregungszustände, im Sinne einer Reizfernhaltung, die vom Kranken oft selbst gewünscht werde.

Ich vertrete die Ansicht, daß die Separierung eines unserer wirksamsten Behandlungsmittel ist, wenn man die Methodik derselben sowie ihre Indikationsstellung streng beachtet.

Zur Methodik ist zu sagen, daß die Separierung im Sinne meiner Definition Bettbehandlung sein soll, jedoch nicht im gemeinsamen Saal, sondern in einem besonderen Zimmer. Sie ist also mit Bettstelle und kompletter Betteinrichtung vorzunehmen und nur ausnahmsweise ist die Bettstelle zu entfernen und ein sogenanntes „Bodenbett“ (mit doppelter Matratze) zuzulassen. Den schädlichen Reiz des Isolierungsaktes schätze ich dabei in seiner Wirkung nicht so erheblich ein. In all den Fällen, wo der Kranke keinen Widerstand leistet, fällt er weg; aber auch wenn der Patient mit Pflegeraufgebot schnell ins Einzelzimmer zu verbringen ist, handelt es sich um einen kurzen, energischen, rasch vorübergehenden Eingriff, der unverhältnismäßig weniger erregend wirkt als all die andauernden kleineren und größeren Reize und Betätigungsmöglichkeiten,



welche an den im Wachsaale für Unruhige verpflegten Kranken fast ununterbrochen herantreten. Was die Bedenken der Wutanspeicherung und der Steigerung von Angst und Ratlosigkeit angeht, so ist dies Sache der Indikationsstellung, der Auswahl der richtigen Fälle für diese Prozedur. Ich habe gerade in der letzten Zeit auch Fälle gesehen, bei denen die Angst bei Separierung nachließ; es waren das Kranke, welche infolge von ängstlichen Wahnvorstellungen und Beziehungsideen ununterbrochen herumwanderten, andere Kranke belästigend und sich in Gefahr bringend. Solche Kranke wurden bei Separierung oft überraschend ruhiger, und die Türen mit großen Glasfenstern ließen die Separierung ohne besondere Gefahr zu, wenn man allerdings auch Kranke mit erheblicherer Suizidneigung nie wagen wird zu separieren. Diese Auffassung entspricht der von Heilbronner vertretenen, der das Separieren auch bei nicht ganz zuverlässigen Kranken billigt in Anbetracht dessen, daß ein absolutes Nicht-aus-dem-Auge-lassen nur für einen ganz geringen Bruchteil auch der Überwachungsbedürftigen nötig sei. Doch wird das Separieren ängstlich erregter Kranker immer ein seltener Ausnahmefall bleiben und ist, wenn etwa Angst und Ratlosigkeit sich steigern sollten, sofort abzubrechen. Die Schulfälle für die Separierung als Methode der therapeutischen Beeinflussung sind alle Erscheinungsformen der Übererregbarkeit durch äußere Reize. Diejenigen Kranken, die jedes Wort, jede Bewegung, jedes Ereignis, das in ihrer Nähe stattfindet, aufgreifen, sich ihm zuwenden, Gedankenverbindungen daran knüpfen oder direkt motorisch darauf reagieren, deren Unruhe nicht bedingt ist durch endogene Erregung, sondern bei welchen man beobachten kann, wie sie sich durch äußere Dinge in immer größere Unruhe und Aufregung hineinsteigern, werden durch das Alleinlegen günstig beeinflußt. Wir treffen dies Symptom der exogenen Übererregbarkeit am reinsten bei der Manie, und die leichte, beginnende Hypomanie kann durch die Separierung so günstig beeinflußt werden, daß der Betätigungsdrang nach außen in störender Form ausbleibt; aber auch manieähnliche Attacken der Paralyse und der Verblödungspsychosen, soweit sie nicht mit tobsüchtiger Erregung und Neigung zu insozialem Verhalten, insbesondere zur Unsauberkeit einhergehen, eignen sich im Beginn für die Separierbehandlung. Man wird versuchen, die günstige Wirkung der Reizfernhaltung durch weitere geeignete Maßnahmen, insbesondere Lektüre und Schreiben, zu unterstützen und auch die therapeutische Separierung, wie die Isolierung zum Zwecke der Sicherung, in der Regel unterbrechen durch Spaziergänge im Garten und Bäder.

Außer der Übererregkarkeit der maniformen Zustandsbilder kommen noch zwei Symptomenkomplexe für die therapeutische Separierung in Frage. Das sind einmal gewisse Erscheinungsformen des hysterischen Irreseins mit der Neigung zu theatralischer Produktion, denen damit die Gelegenheit sich zu zeigen und andere Psychosen zu imitieren, unterbunden wird. Hierauf ist besonders von französischen Autoren, insbesondere Déjérine hingewiesen und sind ausführliche Regeln für die Methodik gegeben worden. Doch ist bei der besonderen Neigung hysterischer Erregungszustände zu wüster Verwahrlosung besondere Vorsicht anzuraten. Dann die Reizzustände der Epilepsie und epileptoider Psychopathien sowie Verstimmungszustände der Psychopathen. Diese Reizzustände, welche in gemeinsamen Krankenräumen zu zahllosen Konflikten und Gewalttätigkeiten Anlaß geben, verlaufen bei Separierung meist harmlos



ohne erheblichere Störungen; doch ist bei der Suizidialität dieser Zustände besondere Vorsicht geboten.

Kontraindiziert ist die Separierbehandlung bei allen schwereren Tobsuchtszuständen mit Neigung zum Zerstören und zur Unreinlichkeit; hier haben andere Behandlungsmethoden einzutreten, und zwar diejenigen, die wir bei mittelschweren Zuständen mit der Separierung kombinieren und abwechseln lassen, die hydrotherapeutischen Behandlungsmittel.

Schließlich möchte ich noch betonen, daß der hier einigermaßen schematisch konstruierte Gegensatz zwischen therapeutischen Motiven und denen der Sicherheit beim Separieren nicht immer zutrifft; in vielen Fällen sind beide Motive maßgebend, indem z. B. ein Kranker, welcher in erster Linie deshalb abgesondert gehalten wird, weil er auf seine Umgebung losschlägt, durch die Separation gleichzeitig ruhiger wird. Und schließlich wirken wir, wenn wir einen Kranken auf irgend eine Weise verhindern, Unheil anzurichten, immer in gewissem Sinne, wenn auch nur rein symptomatisch, der Entäußerung krankhafter Symptome entgegen, also in therapeutischer Richtung.

Zu erwähnen bleibt noch, daß zu einer gewissen, allerdings nur optisch wirkenden Separierung nicht immer die Verbringung in ein Einzelzimmer nötig ist, sondern daß es oft genügt, die Kranken, deren Bett an einer Wand steht, durch einen Bettschirm von den Nachbarn zu trennen. Ich habe es oft erlebt, daß Kranke, die mitten unter anderen liegend zu Gewalttätigkeiten neigten, hinter einem Wandschirm ohne alle Schwierigkeiten zu haben waren. Die Isolierung durch ein Gestell mit Bettvorhängen, wie sie Camus und Pagnier für Hysterische empfehlen, ist für ausgesprochene Psychosen weniger geeignet.

## c) Hydriatische Prozeduren.

Thomsen ist in seinem dem Verein der deutschen Irrenärzte hierüber erstatteten Referate auf die historische Entwicklung der Hydrotherapie bei Geistesstörungen näher eingegangen. Nach diesem Referate gab bereits Pinel warme Bäder bis zur Dauer mehrerer Tage und hielt diese für die Basis aller Therapie bei akutem Wahnsinn, während Baillarger die Methode mehr für Tobsuchtsfälle geeignet hielt. Morel und Esquirol sahen in kühlen und warmen Bädern ein gutes Schlafmittel, letzterer in langdauernden warmen Bädern ein vorzügliches Mittel, beginnende Erregungszustände zu bekämpfen. Svetlin bekämpfte die Manie durch Einpackungen mit Wasser von 18 bis 20° und 1 bis 2 Stunden Dauer. Wir haben also in den fünfziger bis siebziger Jahren bereits die Methoden der prolongierten Bäder und der feuchten Packungen, die auch jetzt noch die Hydriatik der Psychosen beherrschen und um den Vorrang streiten.

Die hydrotherapeutische Beeinflussung der psychischen Störungen hat sich rein empirisch entwickelt und entbehrt auch jetzt noch der theoretischen Grundlagen, es hat daher wenig Zweck, über die Theorie ihrer Wirkung zu sprechen. Matthes, dem ich in den allgemeinen Auseinandersetzungen folge, schreibt, hierüber: „Es taucht wohl hier und da noch die Ansicht auf, daß man sich ihre Wirkungen durch die Beeinflussung der Hirnzirkulation zu erklären habe, ......., allein die meisten Autoren sehen doch ein, daß nicht nur diese Wirkung, sondern auch der Zusammenhang von Anämie beziehungsweise Hyperämie mit



Depressions- beziehungsweise Erregungszuständen auf recht schwachen Füßen steht ..." So sagt auch Thomsen, daß es eine exakte Hydrotherapie bei der Behandlung der Geisteskranken noch nicht gibt, weil einerseits die Ursachen und anatomisch-physiologischen Prozesse der Geisteskrankheiten unbekannt sind, und weil andererseits die physiologische Wirkung der Wasserprozeduren vielfach noch dunkel ist. Die objektiven Wirkungen sind unsicher und außerordentlich kompliziert und eigentlich nur Hypothesen. Man nimmt Wirkungen an auf Blutdruck, Blutverteilung und Blutzusammensetzung, auf Atmung, Stoffwechsel und Temperatur, ohne exakte Angaben darüber machen zu können. Fest steht nur die anfängliche blutdrucksteigernde Wirkung aller nicht ganz indifferenter Prozeduren. Damit ist aber in der Irrenheilkunde nichts anzufangen, im Gegenteil ist eine Blutdrucksteigerung gerade das, was wir in der Regel zu vermeiden wünschen. Es ist daher auch die Anregung von Sadger, die Grundsätze der Hydriatik für die Psychiatrie auszunutzen und insbesondere auf Erzielung der „Reaktion" hinzuarbeiten, durchweg abgelehnt worden. Insbesondere Alter warnte vor allen komplizierten hydriatischen Prozeduren, indem er auf die Gefahr mißbräuchlicher und fehlerhafter Anwendung hinwies; er begründete dies mit der Überlastung der Anstaltsärzte und der geringen Zahl des Pflegepersonals und dessen relativ unzureichender Schulung in diesen Dingen. „Wir brauchen technisch leichte und einfache Kurmittel, die eine große allgemeine Indifferenz mit einer ebenso großen spezifischen Wirkungsbreite vereinigen; diese Wirkungsbreite muß eine generelle und von individuellen Faktoren nur beschränkt abhängige sein." „Von unserem ganzen hydriatischen Heilschatz genügen diesen Anforderungen nur zwei Prozeduren: das lauwarme Bad und die übliche Einpackung." Also nur einfache Prozeduren und Vermeidung aller differenten Maßnahmen, weil kalte Tauchbäder (Jacobi, Finkelnburg), starke Duschen usw., selbst wenn sie physiologisch sich rechtfertigen ließen, psychotherapeutisch durch Erzeugung von Schreck schaden würden.

Wir kommen damit zu den psychischen Wirkungen der Wasserbehandlung, von welchen insbesondere diejenigen auf die Allgemeingefühle im Vordergrund stehen. Und da kann man einmal sagen, daß kalte Prozeduren, zunächst wenigstens, Unlustgefühle, warme aber Lustgefühle erwecken. Ferner: kühle Maßnahmen steigern den Betätigungsdrang und die Muskelkraft, warme machen schlaff und müde; jene erzeugen Erfrischung, diese Erschlaffung.

Kaltwasserapplikation im Sinne der Unlusterzeugung wird für die Behandlung der Psychosen nicht in Frage kommen, höchstens als Abhärtungsprozedur im Sinne von Goldscheider zur Hebung der Energie bei Rekonvaleszenten vor der Entlassung und bei psychopathischen Zuständen; auch eventuell bei gewissen hysterischen Zuständen zur Erzeugung von Gegenmotiven, was aber schon ziemlich bedenklich erscheint.

Dagegen benutzen wir die erfrischende sowohl wie die ermüdende Einwirkung des Wassers auf die psychopathologischen Zustände.

Eine anregende Wirkung brauchen wir bei Hemmungs- und Depressionszuständen. Im allgemeinen sind die verschiedenen Formen psychischer Hemmung durch hydrotherapeutische Maßnahmen wenig beeinflußbar und ihre Wirkung ist hier mehr eine physiologische im Sinne einer Anregung von Stoffwechsel, Atmung und Zirkulation. Die Domäne dieser Maßnahmen bilden leichtere melancholische



Zustände, insbesondere die konstitutionellen Verstimmungszustände. Man wird nur von ganz milden Maßnahmen Gebrauch machen, kurzdauernden kühlen Vollbädern, Sitzbädern mit Übergießungen, Abreibungen oder Abwaschungen, je nach Lage der Falles. Da man im einzelnen Fall nie voraussagen kann, wie eine dieser Prozeduren wirkt, so wird man mehrere derselben an aufeinanderfolgenden Tagen abwechseln lassen und diejenige wählen, welche subjektiv am angenehmsten empfunden wird (Matthes). Da es sich um eine Anregung der körperlichen und geistigen Funktionen, der Betätigung und damit der Lebensenergie handelt, so werden diese kühlen Prozeduren durchweg auf den Morgen zu verlegen sein.

Sehr gut wirkt bei leichteren Depressionszuständen die Kombination einer Erfrischungsprozedur am Morgen mit einer ermüdenden in Form eines prolongierten warmen Bades oder einer Einpackung am Abend. Symptomatisch, bei Kopfschmerzen, kommen gelegentlich kühle Kompressen auf die Stirn und Kühlschläuche zur Anwendung.

Für die praktische Irrenheilkunde von unendlich höherer Bedeutung als die anregenden sind die müdemachenden Prozeduren, als welche für uns nur die prolongierten Bäder von Körpertemperatur und die feuchten Einwicklungen in Frage kommen. Insbesondere haben die prolongierten und Dauerbäder, hauptsächlich von Kraepelin empfohlen, eine geradezu dominierende Stellung bei der Behandlung der Aufregungszustände erlangt. Wir wählen laue, dem Indifferenzpunkt nahe liegende Temperaturen (35 bis 37° C), um damit physiologische Reaktionen, insbesondere Blutdrucksteigerungen, möglichst auszuschließen, zu dem Zweck, die Bäder im Interesse der psychischen Wirkung so lange wie möglich, ohne Schaden für den Organismus, ausdehnen zu können. Die Wirkung auf die Psyche steht durchaus im Vordergrund. Exakte Untersuchungen hierüber liegen allerdings bisher kaum vor. Busch und Plaut wollen mit experimentalpsychologischen Methoden (Ergograph, Wahlreaktionen, Assoziationen, fortlaufendes Addieren, Auffassungsversuche) festgestellt haben, daß nach zweistündigem Bad von 34 bis 35° C beim Gesunden keine objektiv nachweisbare Ermüdung der groben Kraft, keine Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit und keine Herabsetzung der Auffassungsfähigkeit eintritt, dagegen subjektiv ein beträchtliches, mehrere Stunden anhaltendes Gefühl der Müdigkeit. Die prolongierten Bäder wirkten demnach nur auf Gemeinempfindungen und Gefühle, im Gegensatz zu chemischen Schlafmitteln, welche die geistige Leistungsfähigkeit allgemein herabsetzen. Es ist aber doch recht fraglich, ob man diese Versuche an Gesunden ohne weiteres auf Kranke übertragen darf, da gerade z. B. bei schweren Manien das bei Gesunden der Erschöpfung vorbeugende subjektive Ermüdungsgefühl bekanntlich besonders eklatant gestört zu sein pflegt. Ich habe denn auch bei schwereren expansiven Erregungszuständen, selbst nach tagelangen Bädern, den Eintritt des subjektiven Ermüdungsgefühls oft völlig vermißt; solche Kranke, im Bade zwar ruhiger und traitabler, waren, aus demselben herausgenommen, nichts weniger als ruhebedürftig, sondern tobten, schrieen und lärmten wie vor dem Bade. Ich will dabei nicht in Abrede stellen, daß es Fälle gibt, wo langdauernde Bäder auch bei Geisteskranken im Sinne der Erzeugung nachwirkender subjektiver Ermüdung wirken. Als Regel ist aber die Tatsache nicht zu bestreiten, daß die Wirkung des Dauerbades auf expansive

Erregungszustände gewisser Symptomatologie eine glänzende ist, so lange die Kranken sich im Bade befinden, daß sie fast momentan aufhört, wenn man die Kranken in den Wachsaal oder in das Einzelzimmer zurückbringt. Diese Wirkung erkläre ich mir in Anbetracht dessen, daß gerade die Fälle von Übererregbarkeit auf die Badebehandlung besonders gut reagieren, überwiegend aus der Beseitigung äußerer Reize und der Erzeugung eines subjektiven Wohlgefühls, begründet in der Annehmlichkeit des ungehemmten Aufenthaltes im warmen Wasser. Es fallen vor allem die kleinen taktilen Reize der Kleidung weg; die Beseitigung dieser ständig, wenn auch überwiegend unterbewußt, wirkenden Eindrücke, welche mit den optischen und akustischen dazu beitragen, auch den normalen Menschen wach und attent zu erhalten, und die als den krankhaften Bewegungsdrang einschränkend sich bei erregten Kranken ganz unverhältnismäßig stärker bemerkbar machen werden, dürfte analog wirken, wie das abendliche Auskleiden und im Bette sich Ausstrecken des schlafsuchenden Menschen, also direkt müde und schläfrig machend. Ich habe früher darauf hingewiesen, daß auch schon in der Entfernung aus dem Wachsaal mit seinen vielfachen Reizen auf allen Sinnesgebieten und in der Verbringung in den Baderaum, in welchem es möglichst ruhig sein soll, eine Reizeinschränkung liegt, und daß ich dieser „Separierung im Bad“ eine wesentliche Rolle bei der Dauerbadwirkung beimesse. Es kommen dazu noch eine Reihe von Kleinigkeiten: das warme Bad ist ein angenehmerer Aufenthalt für den nassen Körper als die kühle Luft, was eine gewisse psychische Bindung des Kranken an die Badewanne bedeutet und damit eine Gegenwirkung gegen den Betätigungsdrang in die Weite. Zerstörungssüchtigen Kranken wird, wenigstens beim Baden ohne Badehemd, jedes Objekt der Zerstörung entzogen, eine allerdings rein symptomatische Behandlung dieses lästigen und oft schwer zu beseitigenden Symptoms.

Es ist nun die **Methodik und Technik der Dauerbadbehandlung** zu besprechen, am besten gemeinsam mit Indikationen und Gegenindikationen. Man unterscheidet prolongierte und Dauerbäder, wobei der Unterschied lediglich in der Zeitdauer des Bades liegt, und Bäder bis zu etwa 2 Stunden als prolongierte, solche von längerer Dauer als Dauerbäder bezeichnet werden. Prolongierte Bäder kennt auch die übrige Medizin, z. B. bei der Fieberbehandlung, während die Dauerbäder eine spezifisch psychiatrische Behandlungsmethode darstellen, die wir nur noch in der Chirurgie bei Behandlung der Pyämie und des Dekubitus, letzteres auch häufig eine psychiatrische Indikation, vorfinden. Diese Bäder, bei denen physiologische Wirkungen möglichst eingeschränkt werden sollen, werden meist bei Körpertemperatur verabreicht. Man liest in den Lehrbüchern meist 35° als beste Temperatur angegeben, was mir zu nieder erscheint, da es sich meist um mehr oder weniger erschöpfte Kranke handelt, bei welchen jede Wärmeabgabe vermieden werden soll, weshalb ich bei 36·5 bis 37° C baden lasse. Lediglich bei großer Hitze lasse ich die Temperatur auf 35 bis 36° erniedrigen, da dann die etwas kühleren Bäder lieber genommen werden.

Es ist bekannt, daß sich je nach Disposition bei lange fortgesetzten Bädern Hautausschläge entwickeln, und man schlägt vor, diese durch Zusätze zum Badewasser zu bekämpfen, insbesondere in Form von Kleie und schleimigen Absuden. Wenn man, wie in Rufach, die Konstanz der Temperatur durch permanente Durchströmung der Wanne erzielt, wodurch das Badewasser anhaltend

wechselt, ist die Benutzung solcher Zusätze sehr erschwert. Sie sind auch nicht unbedingt nötig, da diese Badeausschläge durchweg gutartiger Natur sind und im Bett bei indifferenter Salbenbehandlung schnell heilen. Sehr lästig sind Endemien von Furunkulose, die sich an einzelne Baderäume heften, bei denen alles Desinfizieren der Wanne nichts hilft. Diese Endemie erlischt manchmal erst, nachdem der Baderaum längere Zeit außer Betrieb gesetzt war. Dies ist um so unangenehmer, als gerade erregte Kranke mit eiternden Wunden, welche keinen Verband dulden, am besten im Dauerbad aufgehoben sind. Es sind auch Typhusansteckungen im Dauerbad beschrieben worden, indem schwer erregte und verwirrte Kranke, bei welchen die Diagnose als Typhusdelir erst später gestellt werden konnte, mit anderen Kranken zusammen in demselben Baderaum behandelt wurden, und man hat mit Recht hieraus die Folgerung gezogen, fiebernde Kranke, bei denen man eine Infektionskrankheit nicht mit Sicherheit ausschließen kann, nicht mit anderen im selben Raume baden zu lassen. Man wird solche Kranke in eine Infektionsabteilung verlegen, die einen eigenen, auch für prolongierte Bäder geeigneten Baderaum haben muß.

Zum Zwecke der Prophylaxe und Bekämpfung des Dekubitus wird jeder Siechenabteilung ein kleineres Dauerbad von etwa 2 Wannen angegliedert. Dies Badezimmer kann eingerichtet sein, wie die danach zu besprechenden typischen Dauerbäder für erregte Kranke und wird gleichzeitig zur Bekämpfung leichter paralytischer und seniler Erregungs- und Verwirrtheitszustände dienen können. Die Wannen müssen an ihrem Fuß mit Haken versehen sein, um ein Laken oder eine Art Hängematte daran befestigen zu können, auf welchen der gelähmte Kranke gelagert wird. Wenn man hierzu ein Laken wählt, so muß dies in der Mitte ein größeres Stück weitmaschigen Stoffes haben, damit das Wasser unter demselben mit der über dem Laken befindlichen dünneren Wasserschicht frei kommunizieren kann, so daß eine Abkühlung der letzteren vermieden wird. Solche im Dauerbad behandelte gelähmte Kranke bedeckt man am besten mit einem zweiten Laken, um Abkühlung zu verhindern. Bei unruhigen Kranken geht dies nicht gut, weil diese die Decke wegwerfen würden. Ein Festbinden dieses zudeckenden Leintuchs, so daß nur der Kopf heraussieht, halte ich nicht für angebracht, einmal da dies eine Beschränkung bedeutet und wir die Quintessenz der Wirkung des prolongierten Bades gerade in dem Wegfall jeder beschränkenden Wirkung sehen, dann aber auch, da man sonst nie wissen kann, was der untergebundene Kranke mit seinen Händen macht, und wie das Wasser aussieht. Ganz abgesehen davon, daß hiermit nur die jetzt allgemein aufgegebenen Deckelbäder in gemilderter Form wiederkehren würden.

Hier sei auch erwähnt, daß man Kranke im Dauerbad nicht festhalten soll. Wenn auf einen erregten Kranken das Dauerbad nicht wenigstens soweit beruhigend wirkt, daß er freiwillig sich zu dem Verbleiben darin bequemt, so ist das Bad auch therapeutisch wertlos, und das mit dem Festhalten verbundene Ringen wird solche Kranke noch weiter aufregen. Derartige Kranke darf man noch eher im Bett festhalten als im Bad. Dagegen ist es eine anerkannt zweckmäßige Methode, die Gewöhnung an den Aufenthalt im Bad durch anfängliche Verabreichung kleiner Arzneidosen zu erzielen.

Prolongierte Bäder von ¼- bis 1stündiger Dauer werden vielfach bei den verschiedensten Formen geistiger Störung, insbesondere bei leichteren Depressions-



zuständen, als schlafbringende Maßnahme verabfolgt. Man richtet sich dabei nach den Regeln der Hydrotherapie, wie sie für die Behandlung nervöser Zustände angegeben werden und hier nicht näher ausgeführt zu werden brauchen. Hier wie überall gilt aber, daß physiologische Erwägungen immer zurückzutreten haben gegen die suggestive und autosuggestive psychische Wirkung, und daß von jeder hydriatischen Prozedur abzusehen ist, wenn der Kranke Angst davor äußert oder vorhandene Angst oder Depression sich bei Verabreichung des Bades steigert. Angenehm temperierte Baderäume und dauernde Überwachung sind unumgängliches Erfordernis.

Die Dauerbäder für Unruhige sind indiziert als reizfernhaltende Maßregel in erster Linie für alle Fälle von Übererregbarkeit, wie wir sie bei der Manie des depressiv-manischen Irreseins finden, aber auch bei allen anderen expansiven Aufregungszuständen, deren Kardinalsymptome Betätigungsdrang, gesteigerte Ablenkbarkeit und heitere Stimmung sind, wie den maniformen Syndromen der Verblödungspsychosen und der Paralyse. Man wird bei der Behandlung dieser Zustände immer von der Bettbehandlung ausgehen, die für leichtere Grade von Übererregbarkeit allein genügt; als nächstmilde Maßregel kommt bei Kranken, welche keine degenerativen Neigungen zeigen, die Separierung in Frage; versagt diese, oder ist sie, wie bei vielen Kranken, wegen Neigung zum Zerstören und Toben von vornherein nicht anwendbar, so bleibt nur die Dauerbadbehandlung, welche bei den oben erwähnten Fällen selten versagt. Außerdem reagieren auf die Badebehandlung vorzüglich alle Fälle von Verwirrtheit, sei es, daß es sich um wirkliche Erschöpfungspsychosen oder um andere amentiaartige Erkrankungen handelt. Bei diesen Formen tritt meist in absehbarer Zeit Beruhigung und selbst Schlafneigung ein, womit die Badebehandlung abzubrechen und der Kranke ins Bett zurückzuverbringen ist, wie ich überhaupt auch bei den schwersten Manien nicht empfehlen kann, die Kranken tage- und wochenlang ununterbrochen im Bad zu belassen. Das Dauerbad ist seiner ganzen physikalischen Natur nach niemals eine Verpflegungsmethode, wie in gewissem Sinne die Bettbehandlung, die ich aber auch in der Mehrzahl der Fälle gern regelmäßig unterbrechen lasse, sondern nur ein mehr oder weniger vorübergehendes Behandlungsmittel. Man sollte immer wieder versuchen, auch wenn noch keine nachdauernde Beruhigung eingetreten ist, die Kranken ins Bett oder ins Überwachungszimmer oder selbst stundenweise unter besonderer Aufsicht in den Garten zu bringen, wenn man es nicht erleben will, daß auch an die Badebehandlung eine gewisse Gewöhnung eintritt und die alten Dauerbadhabitués einer spezifischen Degeneration verfallen, die mit ihrem Nacktherumlaufen, Spritzen usw. sich allerdings immer noch vorteilhaft von der überwundenen Degeneration in der Isolierzelle unterscheidet.

In modernen Anstalten ist man jetzt allgemein auch für Verabreichung nächtlicher Dauerbäder eingerichtet, womit vielem nächtlichen Toben und Zerstören vorgebeugt wird. Doch wird es immer die Ausnahme sein und bleiben müssen, daß Kranke, welche den ganzen Tag gebadet haben, auch die Nacht im Bade verbringen. Die Mehrzahl derselben wird man eventuell mit mäßigen Arzneidosen nachts im Bett halten können. Dagegen gibt es andererseits Kranke, bei welchen gerade in der Nacht die Unruhe sich steigert und deshalb zur Nachtzeit Badebehandlung angezeigt erscheint.

Die Behandlung im Dauerbad ist **kontraindiziert** bei sehr ängstlichen Kranken, deren Angst dadurch gesteigert wird, und bei denen auch dringende Selbstmordgefahr durch Ertränken besteht, sowie bei allen Zuständen rein endogener Erregung, wo diese Behandlung ihre Wirkung verfehlt. Wahnideen und Sinnestäuschungen, durch welche Kranke zu lauten Entäußerungen und Gewaltakten getrieben werden, entziehen sich meist dem Einfluß dieser Hydrotherapie; Neigung zu anscheinend motivlosen Impulsivitäten, seien sie nun der Effekt innerer Spannungsausbrüche oder Zwangshandlungen von Katatonikern, werden in keiner Weise durch die Dauerbadbehandlung beeinflußt. Halluzinanten und Kranke mit impulsiven Erregungszuständen im gemeinsamen Dauerbad baden zu lassen, ist nicht nur ergebnislos, sondern auch für die Umgebung gefährlich, da diese Kranke aus ihrer Gebundenheit heraus oder auf Grund ihrer wahnhaften und halluzinatorischen Seelenvorgänge oft unerwartet und brutal über ihre Nachbarkranken herfallen. Sie sind jedenfalls im Wachsaal besser aufgehoben als im Dauerbad, so daß als die einfachere Maßnahme unbedingt die Bettbehandlung den Vorzug verdient, zumal die bei solchen Kranken angebrachten therapeutischen Maßnahmen viel besser im Wachsaal durchgeführt werden können.

Man hat darüber gestritten, ob man weibliche Kranke während der Menstruation baden lassen soll; da das Baden während der Menses bei der Anfälligkeit des weiblichen Körpers zu dieser Zeit zweifellos gesundheitlich nicht unbedenklich und auch ästhetisch nichts weniger als einwandfrei ist, so wird man es in der Regel unterlassen. Doch mag es immerhin Fälle geben, wo es als das kleinere Übel zu betrachten ist, so daß von Fall zu Fall Entscheidung zu treffen wäre.

Es herrscht allgemeine Übereinstimmung darüber, daß jeder Abteilung für unruhige Kranke ein besonderes Dauerbad anzugliedern ist. Da Dauerbäder in Anbetracht des hohen Warmwasserverbrauches eine sehr teure Einrichtung sind, wird man von dieser Behandlungsmethode in ausgedehntem Maßstabe nur auf den Aufnahmeabteilungen Gebrauch machen für das wertvolle Material der Heilbaren, in den Pavillons für chronisch Unruhige sich jedoch in der Verwendung derselben eine gewisse Beschränkung auferlegen. Da für die Dauerbadbehandlung in erster Linie durch äußere Eindrücke erregbare Kranke in Frage kommen, so sollten die Dauerbaderäume so eingerichtet sein, daß ein Kranker vom anderen nichts sieht und so wenig wie möglich hört. Dies ideale Postulat wäre nur zu erreichen durch eine Anzahl besonderer Dauerbaderäume, für deren Überwachung allerdings das erforderliche Personal kaum zu beschaffen sein würde.

Am besten wäre also für jeden Kranken ein besonderes Badezimmer. Die Ansicht ist nicht nur theoretisch begründet; ich hatte Gelegenheit in letzter Zeit, einige schwerste Manien, welche Privatpflegerinnen hatten und deshalb durchweg allein gebadet werden konnten, mit prolongierten Bädern zu behandeln. Diese Fälle verliefen auffallend schnell und günstig. Wir gewannen die Überzeugung, daß im gemeinsamen Dauerbad der Verlauf ein schwererer und protahierterer gewesen wäre.

Man wird sich in dieser Hinsicht aus Mangel an Personal einigermaßen resignieren müssen, um nicht das Bessere den Feind des Guten sein zu lassen, dafür aber wenigstens zu große Dauerbaderäume vermeiden; ich meine, über mehr als 3, höchstens 4 Wannen in demselben Raum sollte man nicht hinaus-



gehen, indem 1 bis 2 dieser Wannen durch halbhohe Trennwände einigermaßen abgesondert sind, wodurch allerdings die Übersichtlichkeit des Baderaumes leiden wird. Die Badewannen können auch sämtlich in Nischen mit halbhohen Trennwänden angeordnet werden, wie es jetzt für die Aufnahmestation der unruhigen Männer in Rufach projektiert ist. Auch sollte jede Aufnahmestation für unruhige Kranke noch ein Reservebad enthalten, um besonders erregbare und reizbare Elemente allein baden zu können. Man wird immer von Zeit zu Zeit mehrere querulierende, besonders reizbare Manien in der Aufnahmestation haben, die der Dauerbadbehandlung unbedingt bedürfen und die man andererseits auf keinen Fall im selben Raum baden lassen kann. Für eine Wachstation von 25 bis 30 Betten wird man mit einem Hauptdauerbad von 3 bis 4 und einem Reservedauerbad von 1 bis 2 Wannen bequem auskommen, wenn man für diese Behandlungsform nur die geeigneten Fälle auswählt.

Hier wie bei vielen anderen Maßnahmen paßt sich das Bedürfnis den vorhandenen Mitteln an und wächst spontan mit der technischen Möglichkeit der Anwendung. So hat auch eine gewisse Begrenzung in dem Umfang der Dauerbäder ihr Gutes. Denn auf diese Weise wird einer wahllosen Anwendung der Dauerbäder, wie man sie gelegentlich sieht, ein Riegel vorgeschoben und einem modernen Schlendrian vorgebeugt, der sich darin äußert, daß etwa auf jeden Ausbruch eines Aufregungszustandes ohne nähere Prüfung der Indikationen mit der Verordnung des Dauerbades reagiert wird.

Ebenso wichtig wie die optische Separierung der Kranken voneinander wäre eine genügende Berücksichtigung der akustischen Probleme bei der Einrichtung eines Dauerbades, und der beste Raum wäre der, der den erzeugten Lärm aufs weitgehendste absorbierte. Diese Forderung ist kaum zu erfüllen, da bei der Feuchtigkeit der Luft in diesen Räumen glatte Wände kaum zu entbehren sind, wodurch das Dröhnen und Hallen sehr begünstigt wird. Da nun, wenn im Dauerbad erheblicher Lärm entsteht, die therapeutische Wirkung desselben völlig illusorisch gemacht, ja, in das Gegenteil verkehrt wird, so muß darauf gehalten werden, daß ein Kranker, welcher im Bad anfängt laut zu schreien und zu singen, aus demselben entfernt werde. Läßt er sich nur im Bade behandeln, so bleibt nichts übrig, als ihn allein baden zu lassen.

Die technische Einrichtung der Dauerbäder ist mit der Vervollkommnung der technischen Einrichtungen der modernen Irrenanstalten überhaupt fortgeschritten. Aber es genügen auch die einfachsten Einrichtungen. Ich habe früher berichtet, daß ich in Alt-Scherbitz viele Jahre lang die schwersten Fälle von Tobsucht in einfacher Badestube habe baden lassen, in der ein gewöhnlicher Badeofen für Kohlenfeuerung ohne weiteren Schutz stand; dabei habe ich nie irgend welche Unfälle von Belang gehabt. Einfache Hähne für Kalt- und für Warmwasser befanden sich über der Wanne, der Warmwasserhahn durch Schlüssel zu bedienen, während von einer Mischbatterie keine Rede war. Es kommt eben zur Erzielung von Erfolgen und Vermeidung von Unfällen, welche in letzter Zeit auch in ganz modern installierten Instituten vorgekommen sind, weniger auf die Vollkommenheit der technischen Einrichtungen an, als auf peinliche Schulung und Instruierung des Personals. Der Posten im Dauerbad ist ein besonders schwieriger und aufreibender und muß, um durch Ermüdung und Abstumpfung erzeugte Unaufmerksamkeitsdelikte zu vermeiden, sehr oft abgelöst werden. Aber wenn auch trotz primitiver Einrichtungen Erfolge erzielt werden können, so wird man natürlich nichtsdesto-



weniger nach technischer Vollkommenheit streben, schon um das Personal von Verantwortung zu entlasten; das Ideal wäre eine automatische Regelung der Temperatur des Wassers unter einmaliger Einstellung auf den gewünschten Wärmegrad und damit unter Ausschaltung der Verantwortlichkeit des aufsichtführenden Pflegers. Da es aber absolut sichere derartige automatische Einrichtungen nicht gibt, so sind sie eher gefährlich, indem sie eine Sicherheit vortäuschen, welche tatsächlich nicht vorhanden ist. Am besten haben sich zentrale Mischbatterien für mehrere Wannen bewährt, durch welche ein dauerndes Zuströmen von temperiertem Wasser in die Wannen erfolgt; die Temperatur dieses Wassers wird durch den Badepfleger so geregelt, daß er für jede Wanne an der Mischbatterie ein Thermometer zu kontrollieren hat, welches, von dem der Wanne zulaufenden Wasser umspült, dessen Wärme anzeigt. Schwankungen dieser Temperatur werden durch geringe Drehungen des Regulierhahnes ausgeglichen. Durch entsprechende Drosselung der Heißwasserzuleitung vor der Mischung ist von vornherein jede Möglichkeit, daß das zulaufende Wasser mehr wie 42° C mißt, ausgeschlossen. Eine besondere Sicherheitseinrichtung sperrt bei einem völligen Versagen der Kaltwasserzuleitung, etwa bei einem Rohrbruch, auch die Heißwasserzuleitung automatisch ab. Durch in gleicher Höhe auf dem Dachboden befindliche Expansionsgefäße wird erzielt, daß der Zufluß des kalten und des warmen Wassers nach der Mischbatterie unter gleichem Druck steht. Mehrere solche von der Firma Kesselring & Röthenbacher in Straßburg konstruierte und installierte Dauerbadeeinrichtungen funktionieren nun schon seit über 3 Jahren ohne Störung und so konstant, daß oft stundenlang kein Verstellen an den Regulierungen erforderlich ist. Doch ist der Warmwasserverbrauch, da der ganze Inhalt der Badewanne in jeder halben Stunde einmal sich erneuert, recht groß und der Betrieb also ziemlich teuer.

Der Wasserverbrauch für 8 während Tag und Nacht und 8 nur am Tag in Betrieb befindliche Dauerbadewannen beträgt bei diesem System zirka 180 $cm^3$, davon der Heißwasserverbrauch zirka 100 $cm^3$ für den Tag.

Die Wannen sollen in weitem Abstand angeordnet sein, damit die Kranken sich gegenseitig nicht berühren können, die Kopfenden gegen die Fensterseite des Raumes gerichtet. Als Material für die Wannen eignet sich am besten der sehr teure, aber auch durable Feuerton; zweckmäßig sind auch Wannen aus armiertem Beton mit Kacheln belegt, welche billiger sind und im Notfall geflickt werden können; aber auch gut emaillierte gußeiserne Wannen sind brauchbar. Abzuraten ist dagegen von Kupferwannen, deren Putzen unendliche Mühe verursacht und die, auch wenn sie verzinkt sind, den Nachteil haben, daß sie die Wärme rasch abgeben, sich leicht verbeulen und zu lärmendem Trommeln Anlaß geben. Die Anbringung eines Spülklosetts im Dauerbadraum oder in unmittelbarem Anschluß an denselben ist nicht zu entbehren. Auch ein festmontierter, massiver Lehnstuhl sollte vorhanden sein, damit beim Erneuern des Wassers der Kranke darauf Platz nehmen kann; schließlich ein Ausguß mit Warm- und Kaltwasser, letzteres für Umschläge auf die Stirn der Kranken und als Trinkwasser.

Der Sitz für den Pfleger sollte neben der zentralen Regulierung an der Wand befestigt sein. Überhaupt sollen keine Möbel oder Gegenstände im Badezimmer herumstehen, da sie als Waffe oder Zerstörungsinstrument benutzt werden könnten. Das gilt auch für die vielfach empfohlenen Tischchen über den Badewannen, auf welchen die Kranken essen, schreiben oder zeichnen können. Da wir mit Holzbrettern schlechte Erfahrungen gemacht haben, so sind wir zu über die Badewannen zu spannenden Tischchen aus Segeltuch übergegangen, welche aber wieder aufgegeben werden mußten, da sie verfaulten. Jetzt werden Tabletts aus Zellstoff benutzt.

Während über die Zweckmäßigkeit der prolongierten Bäder für die Behandlung aufgeregter Kranker prinzipielle Meinungsverschiedenheiten nicht

mehr bestehen und nur über den Umfang ihrer Anwendung die Ansichten auseinandergehen, so ist die Frage, ob es prinzipiell zulässig ist, aufgeregte Kranke durch Anlegung eines feuchten Wickels zu behandeln, noch durchaus strittig. Ich sehe dabei ab von der Anwendung des feuchten Wickels bei Neurosen und leichten Depressions- und Angstzuständen, bei denen er, mit Zustimmung und unter vollem Verständnis der Kranken angelegt, als eine hydriatische, beruhigende und schlafmachende Prozedur ebensowenig Bedenken unterliegt wie im Gebiet der rein neurologischen Praxis.

Auch bei völlig verwirrten Kranken, welche in kleiner steter Unruhe sich abarbeiten, ohne in die Weite gehenden Bewegungsdrang, wird man die feuchte Einpackung um so unbedenklicher verabreichen, als hier eine therapeutische Wirkung oft schnell und eklatant in Erscheinung tritt, indem diese Kranken in der Wicklung sich rasch beruhigen und einschlafen. Hieran schließen sich die Fälle von völlig sinn-, plan- und motivlosem Bewegungsdrang, in welchem die Kranken unter voller Bewegungsfreiheit durch die Säle rasen, sich stoßen und verletzen und schließlich einem progressiven Marasmus verfallen, so daß die Gefahr besteht, daß sie an Erschöpfung oder Eiterfieber zugrunde gehen. Bei diesen Kranken wirkt oft eine sorgfältig angelegte Wicklung, die sie sich meist mit geringem Widerstreben gefallen lassen, überraschend, indem die Kranken in derselben ganz ruhig bleiben. Durch täglich zweimalige Packungen von mehrstündiger Dauer können solche einer Heilung oder weitgehenden Remission fähige Fälle nicht selten vom sonst sicheren Tode gerettet werden. Denn Dauerbäder sind bei diesen triebmäßigen Tobsuchtsanfällen ohne Wirkung oder selbst gefährlich.

Soll man aber erregte Kranke trotz energischen Widerstrebens einpacken? Eine bedenkliche Maßregel ist die feuchte Wicklung in solchen Fällen immer. Man hat sie als „nasse Zwangsjacke" bezeichnet und nicht ganz mit Unrecht. Jedenfalls glaube ich nicht an die physiologische Wirkung und gebe Alter recht, wenn er schreibt „. . . . . ich bin überzeugt, daß ihre Wirkungsweise gar nicht von geheimnisvollen Vorgängen im Organismus abhängt. Die für uns wichtigste Wirkung der Einpackung ist vielmehr eine einfache und direkte Folge der durch sie geschaffenen Situation; sie folgt unmittelbar aus der ihr eigentümlichen Festlegung des Kranken." Als psychische Agentien im Sinne einer beruhigenden Wirkung nennt Alter die erzwungene angenehme Ruhelage, die gleichmäßige Temperatur, feuchte Wärme und Reizfernhaltung. Ich meine, die Hauptsache ist die erzwungene Unmöglichkeit, den triebartigen Bewegungsdrang zu betätigen; denn der zwangsmäßige Bewegungsdrang wird nicht selten dadurch, daß man den Kranken verhindert ihm nachzugeben, selbst beseitigt. Im Gegensatz dazu schließt der motivierte und auf Ziele gerichtete Bewegungsdrang der manischen Erregung, in dem der Kranke mit seiner Betätigung bestimmten Anregungen und Gedankenverbindungen Folge gibt und die Behinderung dieser Betätigung als Zwang empfindet und mit heftigen Unlustaffekten darauf reagiert, die Behandlung mit den motorisch einengenden Einpackungen aus. Ähnliches gilt für auf Grund von Wahnideen oder Sinnestäuschungen aufgeregte Kranke.

Die Domäne der feuchten Packungen sind die mit Triebhandlungen einhergehenden Erregungszustände der Katatoniker, also derjenigen Syndrome, welche sich, wie wir gesehen haben, für Bäder und Separierbehandlung nicht



eignen; so tritt die feuchte Packung hier, wo wir sonst — abgesehen von Medikamenten — ratlos wären, glücklich ergänzend ein. Bei den völlig verwirrten expansiven Erregungszuständen, gleichgültig welcher klinischen Zugehörigkeit, kann man wickeln oder baden; bei einigen Fällen schwerer verwirrter Manie, die bei monatelanger Dauerbadbehandlung immer mehr herunterkamen, habe ich durch abwechselnde Applikation von Bädern und Packungen deutliche Hebung des körperlichen Zustandes und auch eine gewisse Sozialisierung erzielt, die sich darin äußerte, daß man nun diese Kranken stundenweise sogar in Wachsaal und Bett verpflegen konnte. Ich glaube also bei solchen protrahierten Verwirrtheitszuständen diese Kombination empfehlen zu können.

Knecht legt Wert auf Erzielung der „Reaktion" und hofft, durch den erreichten Schweißausbruch Toxine aus dem Körper zu entfernen. Das ist aber unbewiesene Theorie. Von den Toxinen der Psychosen wissen wir gar nichts, und solche Autointoxikationspsychosen sind Autosuggestionsprodukte. Wenn wir wickeln, so suchen und finden wir die Wirkung in dem Festlegen der Kranken. Es gibt eben Kranke mit schwerer tobsüchtiger Erregung, welche diese Geisteskranken sich und ihrer Umgebung in hohem Maße gefährlich erscheinen läßt, und die durch kein anderes physikalisches Behandlungsmittel einzudämmen ist; insbesondere sind Bäder und Separierung wirkungslos und kontraindiziert; Arzneien wirken nicht oder nur ganz vorübergehend, oder man müßte solche Dosen wählen, die gefährlich oder zum mindesten schädlich sein würden. Festhalten durch Personal führt zu langdauernden Raufereien mit ihren unvermeidlichen Folgen von Kontusionen oder selbst Verletzungen, und im Zusammenhang damit zu einer Vergiftung des Verhältnisses zwischen Personal und Kranken und Klagen über Mißhandlung. Da bleibt, wenn man nicht nackt in der Zelle isolieren will, nur das Festlegen, und hierfür gibt die feuchte Packung eine Form, die das Gesicht der ärztlichen Maßregel wahrt und Kranken, Personal und Angehörigen auch als solche imponiert. Ein solches Raisonnement ist ehrlich und logisch, und wer es glaubt vor sich selbst vertreten zu können, wird in solchen Fällen die feuchte Einwicklung anwenden. Es wird immer ein schwerer Entschluß sein für denjenigen, der sich bewußt ist, daß er damit mechanischen Restraint übt, und daß die Blüte der modernen Psychiatrie ihren Ausgang nahm von der Beseitigung der Zwangsmittel. Bei denjenigen Fällen, in denen auch die Badebehandlung anwendbar ist, würde immer diese und nicht die feuchte Packung gewählt werden, wenn nicht noch ein Gesichtspunkt in Frage käme, nämlich der finanzielle; zwar weniger für die Kliniken mit ihrem ausschließlich akuten Material, aber für die Landesanstalten, die in ihren Pflegeabteilungen ein Gros von unsozialen, chronisch unruhigen Unheilbaren verwahren, für welche durchweg die in bezug auf Einrichtung, Betrieb und Personalbedarf so teuren prolongierten Bäder zu verwenden mit einer vernünftigen Finanzgebarung nicht im Einklang stehen würde. In diesen Pflegeabteilungen werden also, neben wenigen Dauerbädern für chronisch Manische, Wicklungen für erregte verblödete Katatoniker zu verabreichen sein, was auch in der Regel mit der oben gegebenen Indikationsstellung übereinstimmen wird.

Wenn ich mich nun auch im Prinzip der Anwendung feuchter Packungen nicht ablehnend gegenüberstelle, so möchte ich doch immerhin einer zu reichlichen Anwendung derselben nicht das Wort reden. 20 bis 25 Personen, welche mit Dauer-



bädern behandelt werden, stehen in Rufach vielleicht 2 bis 3, bei denen Packungen erforderlich sind, gegenüber.

Über die Technik dieser Wickel haben Alter und Knecht auseinandergehende Meinungen geäußert, indem letzterer, auf „Reaktion“ Wert legend, die Laken in kaltes, jener, der jede stärkere Diaphorese zu vermeiden wünscht und nur mit dem psychischen Effekt rechnet, in warmes Wasser eintauchen läßt. Da ich in der theoretischen Beurteilung mit Alter übereinstimme, so befürworte ich auch die warm angelegten Wickel, welche außerdem den Vorzug haben, daß man die Füße mit einschlagen kann, wodurch das Selbstauswickeln der Kranken erschwert wird, und man auch bei der Ordination dieser Einpackungen für Herzkranke und Arteriosklerotiker nicht ängstlich zu sein braucht.

Kopfkongestionen wird man zunächst mit kalten Umschlägen oder der Eisblase auf die Stirn zu bekämpfen suchen. Tritt Temperatursteigerung auf, insbesondere wenn der Kranke in der Wicklung sich nicht ruhig verhält und sich abarbeitet, so muß dieselbe entfernt werden. In besonders schwierigen Fällen kann die Wirkung der Wicklung durch kleine Arzneidosen, insbesondere von Scopolaminum hydrobromicum ¼ bis ½ *mg* subkutan, welches gleichsinnig wirkt, unterstützt werden. Tritt während der Wicklung Schlaf ein, so wird man den Kranken nicht stören und ihn ausschlafen lassen. Anderenfalls empfiehlt es sich, an die Wicklung ein kurzdauerndes lauwarmes Bad anzuschließen, wodurch auch einer Neigung zu Hautausschlägen oder Furunkulose vorgebeugt wird. In der Regel wird man die Einpackung nicht länger als 2 bis 3 Stunden liegen lassen und sie lieber 2- bis 3 mal am Tage erneuern. Doch unterliegt es auch keinen Bedenken, wenn die Kranken sich nicht verunreinigen, ausnahmsweise, wenn im übrigen sehr erregte Kranke in der Wicklung ganz ruhig bleiben, diese auf 4 bis 6 Stunden Dauer auszudehnen. Eine schulgemäße Verwendung gewechselter Packungen, wie sie Sadger aus physiologischen Gründen empfiehlt, ist in der Irrenheilkunde wertlos und eine unnötige Beunruhigung der Kranken.

## d) Luft- (Sauerstoff-) und Lichtbehandlung.

Luft und Licht werden jetzt auch von ärztlicher Seite mehr berücksichtigt als früher. Es sind lediglich allgemein medizinische Erwägungen, welche zu einer Luft- und Lichtbehandlung der geistigen Störungen geführt haben. Wie in den anderen Krankenhäusern beherzigt man jetzt bei dem Bau der Irrenanstalten die Regeln der Hygiene und trifft Vorsorge, daß alle Räume, in welchen Geisteskranke verpflegt werden, insbesondere Wachsäle und Einzelzimmer, mit Licht und Luft reichlich versorgt sind. Das sind aber nur selbstverständliche Forderungen der allgemeinen Hygiene.

Darüber hinaus haben vom theoretischen Standpunkte aus folgende Überlegungen Anspruch auf Geltung: Frische unverdorbene Luft befördert in Anbetracht ihres reichen Sauerstoffgehaltes die Oxydationsvorgänge im Körper und, indem sie dem Sauerstoffreichtum des Blutes förderlich ist, trägt sie zur Oxydation und zum Abbau schädlicher, toxisch wirkender Zerfallsprodukte des Stoffwechsels bei und wirkt andererseits anregend auf den Wiederaufbau gesunder Gewebselemente und die Wiederherstellung der krankhaft gestörten Funktionen derselben. Daraus ergibt sich, daß wir Erfolge der Freiluftbehandlung



hauptsächlich sehen werden bei den schweren degenerativen aber regenerationsfähigen Veränderungen des Zentralnervensystems, wie wir sie bei den Erschöpfungspsychosen annehmen müssen. Bei diesen würde es sich auch lohnen, Versuche mit Sauerstoffeinatmungen zu machen, einer Methode, welche mir sonst gegenüber den einfachen Liegekuren im Freien mehr Nachteile, im Sinne der Kompliziertheit und eingeschränkten Möglichkeit der Anwendung, als Vorzüge zu haben scheint; diese Sauerstoffinhalationen, welche in der Erstickungsgefahr nach Suizidversuchen durch Ertränken, Erhängen, Einatmung von Kohlenoxydgas ihre bekannte Indikation besitzen, sind auch bei schwersten Kollapsdelirien angebracht. Alt empfiehlt die O-Behandlung mittels Inhalation außer bei Vergiftungen und — in Verbindung mit Chloroform — im Status epilepticus, bei Erschöpfungskollaps, Hemmungspsychosen und manchen Angstpsychosen.

Theoretisch rechtfertigen läßt sich auch die Annahme einer direkten physiologischen Wirkung der Luftliegekur auf die Funktion des Zentralnervensystems bei den von manchen Autoren als Stoffwechselerkrankungen angesehenen Verblödungspsychosen im akuten, remissionsfähigen Stadium. Auch bei diesen ist durch eine Durchflutung des Körpers mit sauerstoffgesättigtem Blut eine günstige Einwirkung im Sinne einer Entgiftung des Organismus — angenommen daß jene Hypothese richtig sei — zu erwarten.

Wenn wir von diesen nur theoretisch zu begründenden direkten Wirkungen auf die körperlichen Unterlagen der geistigen Störungen absehen und ihren hypothetischen und anfechtbaren Charakter zugeben, so bleibt doch als sicher die glänzende Wirkung der Freiluftkuren auf den gesamten Organismus im Sinne einer Anregung des Stoffwechsels, Kräftigung des Körpers unter Hebung des Appetits, Verbesserung von Zirkulation und Atmung. So wirkt diese Behandlung wie jede Hebung der Körperkräfte, indem sie die Widerstandskraft des Organismus stärkt, indirekt günstig auf die Geisteskrankheit. Es wird dies besonders der Fall sein bei allen Zuständen körperlicher Schwäche durch Unterernährung, von Anämie, wie wir sie häufig bei den oben erwähnten akuten Verblödungspsychosen, besonders beim katatonischen Stupor finden. Alle diese Stuporformen mit ihrer Trägheit aller physiologischen Funktionen, insbesondere der oberflächlichen Atmung, bedürfen der Luftliegekuren, um der Anämie und vor allem der Tuberkulose vorzubeugen. Für chronische Kranke kommt lediglich die tonisierende und roborierende Einwirkung auf den allgemeinen Kräftezustand in Frage. Bei leichteren Fällen psychischer Störung, insbesondere den Depressionszuständen, ist auch die psychische Wirkung dieser Behandlungsmethode, der anregende und euphorisierende Effekt des Liegens im Freien gegenüber dem auf die Dauer deprimierenden Aufenthalt im Wachsaal nicht zu vergessen.

Wenn wir von den Spaziergängen in den Abteilungsgärten absehen, durch welche die Bettbehandlung akuter wie chronischer Kranker in geeigneten Fällen regelmäßig zu unterbrechen ist, und die eigentlich auch hierher gehören, so wird die Lufttherapie in erster Linie und so gut wie ausschließlich in Form von Liegekuren verordnet. Diese Liegekuren finden statt entweder im Bette selbst, welches mittels Bettfahrern auf die Veranden oder über Rampen hinab in den Garten unter Bäume oder in Liegehallen oder Zelte gefahren wird; oder aber die Kranken verlassen das Bett, werden angekleidet, in das Freie geführt



und auf besondere Liegestühle gebettet. Bei dem Neubau von Anstalten muß daher besonderer Wert darauf gelegt werden, daß die Wachsäle zu ebener Erde eingerichtet und alle Pavillons mit geräumigen gedeckten Veranden ausgestattet werden, welch letztere mit den Wachsälen in unmittelbarer Verbindung stehen. Das unmittelbare Hinausfahren im eigenen Bette empfiehlt sich besonders für unruhige und negativistische Kranke, bei denen alle therapeutischen Maßnahmen möglichst wenig Gelegenheit zur Erzeugung negativistischen Widerstrebens und damit zu einer Steigerung der Erregung infolge der vorgenommenen Lageveränderung geben sollen. Für ruhige, verständige Kranke wird man die Liegestühle vorziehen, da mit der Ortsveränderung durch Verlassen des Bettes eine günstige psychische Wirkung gefördert wird. Hier wollen wir den Kranken eine Abwechslung bieten, dort empfiehlt es sich, die Veränderung der Situation auf ein Mindestmaß zu beschränken. Sehr erregte Kranke katatonischen Typs, welche nicht im Bett bleiben, kann man zweckmäßigerweise auch in der feuchten Wicklung ins Freie legen, so die Wirkung dieser mit dem vorteilhaften Einfluß des Aufenthaltes in frischer Luft kombinierend. Die in neuerer Zeit zu diesem Zweck von Ganser empfohlenen trockenen Einwicklungen sind allerdings ein kaum verhüllter Restraint und wer diesen nicht scheut, mag auch von dieser Methode Gebrauch machen. Jedenfalls wäre gerade bei denjenigen Kranken, welche mit feuchten Packungen behandelt werden müssen, der Aufenthalt in freier Luft im Sinne der Prophylaxe der Tuberkulose besonders wertvoll; zum Spazierengehen eignen sie sich ihrer planlosen Unberechenbarkeit halber wenig.

Die Freiliegekuren sind während aller Jahreszeiten anwendbar; in den kühleren Monaten ist natürlich darauf zu achten, daß die Kranken in Wolldecken eingeschlagen, respektive wenn sie dazu neigen, im Bette aufrecht zu sitzen, mit wollenen Jacken gekleidet werden.

In Amerika wendet man bei Bettlägerigen in weitem Umfang die Behandlung in Zelten an. Man läßt die Kranken der verschiedensten Formen geistiger Störung, auch Sieche und Melancholische, Sommer wie Winter in heizbaren Zelten verbringen und will damit die glänzendsten Erfolge erzielt haben. Eine Nachprüfung dieser in mancher Hinsicht vielversprechenden Methode würde sich auch in Deutschland empfehlen. Neben dem dauernden Aufenthalt in frischer Luft käme als günstiges Agens besonders für Verblödete und chronisch Melancholische die aufrüttelnde Wirkung der gänzlich veränderten, primitiven und etwas abenteuerlichen Lebensweise in Frage. Allerdings mag die Methode für viele Geisteskranke auch mancherlei naheliegende Gefahren in sich schließen.

Von der Möglichkeit einer Kombination feuchter Einpackungen mit der Freiliegekur ist oben gesprochen worden; ähnlich hat Dehio vorgeschlagen, Dauerbäder im Freien zu verabreichen. Die an Wasserleitung und Kanalisation angeschlossenen Wannen stehen im Garten, ein Sonnensegel schützt gegen direkte Sonnenbestrahlung. Dehio will auf diese Weise die Nachteile, welche in den Dauerbaderäumen im Sommer herrschen, wie Hitze oder Zugluft, vermeiden und gute Erfolge erzielt haben. Nachahmer hat er meines Wissens nicht gefunden und mir selbst stehen keine Erfahrungen über die Verabreichung von Dauerbädern im Freien zur Verfügung.

Es dürfte auch durchaus gerechtfertigt sein, Geisteskranke in geeigneten Fällen Luftbäder in der üblichen Weise nehmen zu lassen. Allerdings nicht



so sehr die erregten Kranken, deren Tätigkeitsdrang sich wohl in der Regel dabei steigern dürfte, als vielmehr torpide Zustände, Stuporen, veraltete und stagnierende Melancholien, Verblödungspsychosen unmittelbar nach Ablauf des akuten Zustandes; in Anbetracht der äußerst energischen Wirkung solcher Luftbäder auf den gesamten Stoffwechsel wären a priori günstige Erfolge zu erwarten. Eigentliche Sonnenbäder sind in Anbetracht ihrer stark aufregenden Wirkung zu verpönen; auch bestünde bei stumpfsinnigen Kranken, bei welchen sie etwa theoretisch begründet werden könnten, die dringende Gefahr des Sonnenbrandes und Sonnenstiches.

Die Anwendung des elektrischen Lichtes kommt nur in Form des elektrischen Schwitzbades in Frage, welches ebenso wie andere Schwitzbäder zu einer besonders energischen Anregung des Stoffwechsels verordnet werden kann, jedoch den Nachteil aller eingreifenden Prozeduren bei Psychosen teilt, daß dadurch unangenehme Aufregungszustände ausgelöst werden können. Symptomatisch werden die Glühlichtbäder bei rheumatischen Beschwerden, mit welchen alkoholische Seelenstörungen oft verbunden sind, häufig und gern angewandt. Da sie von den Alkoholikern sehr gern genommen und angenehm empfunden werden, hat man in ihnen ein Mittel in der Hand, Alkoholiker, welche eine akute Geistesstörung durchgemacht haben und daher, wenn sie nicht entmündigt sind, gegen ihren Willen nicht länger in der Anstalt zurückgehalten werden können, zu längerem freiwilligen Verbleiben in der Anstalt und damit zu gründlicherer Entgiftung zu veranlassen.

Über die Elektrotherapie der Geistesstörungen ist nicht viel zu sagen. Eine Wirkung der Elektrizität auf den Ablauf der psychischen Störungen ist nirgends nachgewiesen, abgesehen von dem Einfluß beliebigen Elektrisierens auf psychogene Symptome im Sinne einer Suggestion. Elektrische Bäder können ebenso wie Sauerstoff- und Kohlensäurebäder zur Hebung und Anregung des allgemein erschlafften somatischen und psychischen Tonus verabfolgt werden, insbesondere als anregende Morgenprozeduren bei leichteren Depressionszuständen. Bei diesen hat auch die Anodengalvanisation des Kopfes als Schlaf- und Beruhigungsmittel eine gewisse Bedeutung und vermag, insbesondere dumpfe Kopfschmerzen und Kopfdruck zu beseitigen. Die Anwendung der Elektrizität bei Lähmungs- und Krampferscheinungen im Gebiet des Nervensystems richtet sich nach den Regeln der allgemeinen Elektrotherapie.

Die Massage hat ihren Wert als Ergänzung der Bettbehandlung. Sie ist geeignet, der durch die Bettruhe bedingten Erschlaffung der Muskulatur entgegenzuarbeiten und eine bessere Durchblutung des Körpers herbeizuführen. Speziell die Unterleibsmassage ist eine brauchbare Behandlung der bei psychischen Störungen im Sinne der Depression und Hemmung, besonders bei älteren Individuen, so häufigen chronischen Obstipation. Geübtes Personal, das die Massage in kunstgerechter und schonender Weise zu handhaben versteht, ist allerdings Voraussetzung. Große Ängstlichkeit eines Kranken schließt die Verordnung der Massage aus.

## e) Die Ernährung.

Die richtige und sachgemäße Ernährung der Geisteskranken ist ein außerordentlich wichtiges Kapitel und von besonders hohem Werte für die günstige



Gestaltung des Verlaufes der Psychosen. Allerdings eine theoretisch genügend fundierte Ernährungstherapie im Sinne zielbewußter therapeutischer Beeinflussung pathologischer Stoffwechselvorgänge gibt es jetzt noch nicht, da die Stoffwechselveränderungen der Geisteskrankheiten nicht oder nicht genügend bekannt sind. Die Versuche und vereinzelten Erfolge der Organotherapie werden an anderer Stelle zu besprechen sein, ebenso die Beeinflussung des Stoffwechsels durch Erzeugung künstlichen Fiebers. Man hat die Vermutung geäußert, daß große Gruppen der Psychosen, insbesondere die Verblödungspsychosen, die Folge von Stoffwechselstörungen seien, ohne allerdings diese Annahme genügend begründen zu können; therapeutische Folgerungen sind aber aus dieser Annahme nicht gezogen worden.

Ich habe schon vor Jahren versucht, auf dieser Theorie fußend, einzelne Fälle von katatonischem Stupor mit systematischen Kochsalzinfusionen zu behandeln, wobei täglich in zwei Applikationen je zirka 1 *l* physiologische Kochsalzlösung subkutan eingespritzt wurde; einen sicheren Erfolg habe ich nicht gesehen.

Als empirisch feststehend darf angesehen werden, daß eine zu eiweißreiche Kost im allgemeinen auf den Verlauf der Psychosen nicht günstig einwirkt, wobei insbesondere das tierische Eiweiß als ungünstiger zu bezeichnen ist wie das pflanzliche; vielleicht hängt das damit zusammen, daß bei der häufig trägen Intestinalfunktion der Psychosen ausgiebiger Fleischgenuß zu Vorgängen starker Eiweißfäulnis im Darm führt, deren giftige Abbauprodukte, resorbiert, das hierfür besonders anfällige Gehirn des Geisteskranken erheblich schädigen können. Deshalb sind auch intestinale Autointoxikationen, wie sie bei Stagnation des Magen- und Darminhalts infolge psychisch-nervöser Störungen so häufig vorkommen, im Interesse der Beseitigung der durch sie hervorgerufenen Gehirnreize energisch zu bekämpfen.

Soweit es sich um Magenstörungen handelt, wie sie insbesondere bei Depressionszuständen der verschiedensten Art in Form der Atonie nicht selten sind, so sind bei Zersetzungsvorgängen im Mageninhalt Magenausspülungen, am besten unter Zusatz von Kamillen, nicht zu umgehen; daran schließt sich die sachgemäße Behandlung des Magenkatarrhs, die verschieden sein wird, je nachdem es sich um Anazidität oder Hyperazidität handelt. Diese Behandlung, welche bei den Gastritiden der Depressionszustände ohne Fäulnisvorgänge der regelmäßigen Magenausspülungen nicht bedarf, wird überwiegend eine diätetische sein, wobei dicke Suppen, Breie, Kompotte in erster Linie in Betracht kommen werden; daneben Stomachika wie Anis, Enzian, Wermut und die bekannten Amara, welche gleichzeitig den Zweck verfolgen, den Appetit anzuregen, der bei diesen Zuständen aus psychischen Gründen darniederzuliegen pflegt.

Häufiger sind die durch intestinale Autointoxikationen bedingten Verschlimmerungen des psychischen Zustandes, und wir alle wissen, wie die chronische Obstipation mit ihrer hartnäckigen und langdauernden Retention des Darminhaltes bei Verblödeten und Epileptikern Aufregungszustände, bei letzteren und Paralytikern auch Krampfanfälle hervorruft. Die Therapie besteht in regelmäßigen Darmeingießungen, denen in hartnäckigen Fällen am Vorabend ein Ölklistier, nach Art der Ebsteinschen Ölkur vorauszugehen hat. An Stelle der Darmeingießungen oder kombiniert mit diesen kann auch Rizinusöl gegeben



werden. Bei vereinzelten vernachlässigten Obstipationen kann gelegentlich auch eine manuelle Ausräumung des unteren Teiles des Mastdarmes in Frage kommen. Die Diät dieser Zustände wird anfangs eine reine Milchdiät sein, welche in der Regel die Fäulnisvorgänge sistiert (Ewald) und auch an sich wohl die Aufregungszustände wie die Anfälle günstig beeinflußt. Später wird man wieder zur normalen Kost, welche je nachdem es sich um einen chronischen oder akuten Zustand handelt, verschieden sein wird, übergehen, aber durch Bevorzugung stuhlbefördernder Nahrungsmittel, insbesondere von Obst, grünen Gemüsen, Honig und Sirupen die Wiederkehr solcher schwerer Obstipationen mit sekundärer Darmfäulnis zu vermeiden suchen. Wo die Neigung zu solchen Obstipationen besteht, ist sorgfältige dauernde Kontrolle des Stuhlganges und rechtzeitige Ordination von Eingießungen notwendig. Aufregungszustände und gehäufte Anfälle wird man, ehe man zu anderen Mitteln greift, von diesem Gesichtspunkt aus zu kurieren versuchen.

Vielfache Aufgaben stellt der psychiatrischen Therapie die Unterernährung in ihren verschiedenen Graden, wie sie in ihrer schwersten Form zur Erschöpfung führt und selten als ätiologischer Faktor, sehr häufig dagegen als Begleiterscheinung und Folge psychischer Störung anzusehen ist; auch in letzterem Fall verschlimmert sie das Krankheitsbild, gestaltet den Ablauf der geistigen Störung ungünstig und läßt häufig die Prognose quoad vitam zweifelhaft erscheinen.

Man kann diese Zustände der Unterernährung vom praktischen Standpunkt aus und ohne Trennungslinien ziehen zu wollen, in drei Grade scheiden und zwar:

1. schwerste akute Erschöpfung mit drohendem Kollaps,
2. rasch fortschreitender Kräfteverfall mit progressiver Gewichtsabnahme,
3. subakute oder chronische Unterernährung mit schleichender Gewichtsabnahme.

Ehe ich auf diese Formen und ihre Behandlung näher eingehe, möchte ich auf die Wichtigkeit und Unentbehrlichkeit regelmäßiger Wägungen bei Geisteskranken hinweisen. Diese finden ja in allen Anstalten statt und werden in Listen oder Kurven, von welchen die letzteren, da sie die Möglichkeit eines raschen Überblickes geben, zu bevorzugen sind, eingetragen. Die Wägungen sollten bei Gruppe 1 täglich, Gruppe 2 mindestens zweimal wöchentlich, bei der dritten Gruppe wöchentlich einmal stattfinden, während für das Gros der körperlich rüstigen chronischen Kranken im allgemeinen eine Wägung im Monat genügen dürfte. Wir müssen ja bei den Geisteskranken jede Möglichkeit einer objektiven Kontrolle ihres Zustandes um so lebhafter begrüßen, als die subjektiven Angaben spärlich und unzuverlässig zu sein pflegen. Jede auffallende Veränderung des Körpergewichtes im Sinne einer Abnahme wird ein untrügliches Signal sein dafür, daß mit der Ernährung des Kranken etwas nicht in Ordnung ist, und damit eine Aufforderung, die Ernährung entsprechend zu modifizieren. Es ist immer die Gewichtskurve, die maßgebend ist; das absolute Ergebnis der einzelnen Wägung wird nur dann von Interesse sein, wenn das erzielte Gewicht im Vergleich zur Körpergröße ein so geringes ist, daß es an und für sich sehr abnorm oder gar gefahrdrohend erscheint. Das wird nicht selten bei der Aufnahme in die Anstalt der Fall sein, wenn trotz bestehender Nahrungs-



verweigerung, ohne daß ein Arzt zugezogen wurde, oder wenn die Abstinenz durch den Hausarzt nicht genügend bekämpft werden konnte, oder, wie es nicht selten vorkommt, bei Vernachlässigung in der Zelle eines allgemeinen Krankenhauses, kleinen Spitals oder Ortsarrestlokals, die Verbringung in die Anstalt zu lange hinausgezögert worden ist. Ich habe es mehrfach erlebt, daß solche Kranke im Zustande extremster Erschöpfung, mit schlechtem Puls, fast moribund zur Aufnahme kamen. In solchen Fällen gilt es sofort aufs energischste einzugreifen. Die Sondenernährung wird dann häufig nicht mehr vertragen, die Fütterungsmasse ausgebrochen. Manche derartige Fälle sind verloren, man mag machen, was man will, indem nichts mehr resorbiert wird, weder vom Magen noch vom Mastdarm aus. In der Regel gelingt es aber doch noch, durch mehrmals täglich wiederholte Kampfer- abwechselnd mit Koffeineinspritzungen, subkutane Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung und Verabreichung von Digitalispräparaten (am besten Digalen) die Herzkraft soweit zu heben, daß zunächst Nährklistiere und sodann auch Sondenfütterung in kleinen Quantitäten vertragen wird; manchmal wird auch mit der Versetzung in die Anstalt die Nahrungsverweigerung schwinden, und es kann, sobald die Kollapsgefahr behoben ist, mit einer Milch-, Eier-, Weindiät vorsichtig begonnen werden. Entscheidend ist, daß in solchen Fällen sofort energisch eingegriffen wird, und dies erscheint nur dann garantiert, wenn sogleich bei der Aufnahme eine gründliche Untersuchung des Kranken vorgenommen wird.

Die verschiedenartigsten Gründe, körperlicher wie psychischer Natur können den Ernährungszustand in ungünstiger Weise beeinflussen, so daß körperlich reduzierte Kranke nicht hochkommen und andere bis dahin genügend genährte langsam zurückgehen. Dieser Kräfteverlust braucht dabei zunächst nicht lebenbedrohend zu sein, wird aber doch von vornherein, wie jede ungünstige Wendung im körperlichen Befinden, die Entwicklung der Geistesstörung in ungünstigem Sinne beeinflussen, indem die Widerstände und eigenen Heilungstendenzen des Organismus geschwächt werden; mit der Zeit wird aber auch die langsam abfallende Gewichtskurve einen Punkt erreichen, wo direkte Gefahr im Verzuge ist.

Sind konsumierende k ö r p e r l i c h e E r k r a n k u n g e n an dem Kräfterückgang schuld, so wird es darauf ankommen, diese zur Heilung zu bringen. Hier kommen von Allgemeinerkrankungen hauptsächlich die Tuberkulose und die Anämie in Frage, welche in der entsprechenden Weise zu behandeln sind. Für tuberkulöse Lungenaffektionen sind vor allem die Liegekuren im Freien wertvoll, die auch noch anderen therapeutischen Indikationen genügen. Bei der Behandlung der Anämie hat sich neben den Freiliegekuren vor allem die Kombination von Arsen und Eisen in der Darreichung von Arsenferratose bewährt. Diese Dinge können hier nur gestreift werden. Die Krankheiten des Magens und Darms, welche so oft die akuten Psychosen begleiten und die Kranken körperlich zurückbringen, sind in ihren Beziehungen zu psychischen Störungen oben besprochen worden.

Da gewisse Krankheiten wie Nephritis (Urämie) und Diabetes zu Verwirrtheitszuständen führen können, haben wir in diesen Fällen in der Behandlung dieser Diathesen eine ätiologische Therapie der durch sie verursachten Delirien.



Der Reinhaltung der Mundhöhle wird bei allen Psychosen eine besondere Sorgfalt zu widmen sein. Trifft dies besonders bei der Sondenfütterung zu, bei der die physiologische Reinigung der Mundhöhle durch die durchpassierenden Speisen und Getränke fehlt, so finden wir bei allen schlechten Essern, wenn ein Magenkatarrh besteht, in besonderem Maße belegte Zunge und schleimigen Katarrh des Nasenrachenraumes mit Neigung zu Pilzwucherungen. Man wird den Mund mit Boraxlösung auswischen oder besser den Nasenrachenraum und die hintere Pharynxwand mit dieser Lösung ausspülen, letzteres natürlich nicht bei benommenen Kranken, wegen der Gefahr des Verschluckens.

Die Diät der akuten Psychosen wird eine milde, reizlose und leicht verdauliche sein. Im akutesten Stadium, handle es sich um Depression, Exaltation oder Verwirrtheit, ist eine überwiegende Milch- und Breidiät angebracht. Ich denke dabei insbesondere an Fälle, die im Dauerbad und mit Wicklungen behandelt werden, aber auch ein Teil derjenigen, die dauernd im Bette liegen müssen. Doch wird — abgesehen von den Fällen von Darmfäulnis — selten eine absolute Milchdiät geboten sein. Es empfiehlt sich vielmehr, der Milch bei manchen Mahlzeiten Psyche und Appetit anregende Zusätze beizufügen, diese also als Milchkaffee, Milchkakao zu geben. Zu Mittag neben Fleisch in Hascheeform (mit Mehl aufgelockert und leichter verdaulich gemacht) eventuell mit Zusatz von Püree von Kartoffeln, Rüben, Karotten oder Spinat insbesondere Flammery, Reis-, Grieß- und Tapiokabrei mit Frucht- oder Eiersaucen, bei Neigung zu Obstipation unter Zugabe von gekochtem (nicht rohem!) Obst, am besten Apfelmus; für die Abendmahlzeiten eignen sich dicke, nahrhafte Suppen, wie sie mit den Knorrschen Mehlen als Bohnen-, Erbsen- und Linsensuppe neben erheblichem Kohlehydratgehalt reichlich, als Hafer-, Reis- und Gerstensuppen weniger Eiweiß enthalten. Daneben Weißbrot oder Zwieback mit viel Butter oder bei mangelnder Kaufähigkeit in eine Flüssigkeit eingebrockt.

Nach diesen Prinzipien läßt sich sehr leicht ein geeigneter, genügend abwechslungsreicher Speisezettel zusammenstellen, welcher neben den ärztlichen Anforderungen auch denjenigen der Billigkeit und leichten Herstellung im Anstaltsbetrieb, also den ökonomischen und administrativen Anforderungen, genügt. Diese Diät für akute Psychosen kann man bequem zu einer geeigneten Mastkost, wie wir sie bei Rekonvaleszenten bedürfen, steigern, indem nach Bedarf und Möglichkeit die Menge der verabreichten Milch vermehrt, Sahne zugesetzt und durch Eierzusatz der Nährwert der verabreichten Speisen, insbesondere in bezug auf Eiweißgehalt erhöht wird.

An Stelle des Zusatzes von Eiern kann man auch Nährpräparate wählen, von welchen uns insbesondere Hygiama als wasserlösliches Kohlehydratpräparat gute Dienste getan hat. Von den künstlichen Eiweißpräparaten sind die verbreiteten Somatose und Sanatogen außerordentlich teuer, wobei die Lezithinaufbauende Wirkung des letzteren auf das Nervensystem eine mehr wie zweifelhafte ist. Ihr suggestiver Einfluß bei schlechten Essern wird also nur in der reichen Praxis auszunutzen sein. Für die Anstaltspraxis eignet sich in erster Linie das Tropon wegen seiner relativen Billigkeit (5·40 M. pro 1 *kg* gegen 30 M. bei Sanatogen und gar 48 M. bei Somatose!). Die Nährpräparate sind vor allem als Zusätze zur Sondenernährung unentbehrlich.

Eine systematische Überernährung ist ja, solange sich die Psychosen



im akuten Stadium befinden, selten möglich, da hier doch nicht über ein gewisses bescheidenes Maß hinaus assimiliert wird, um so notwendiger aber, sowie Besserung eintritt. Vor allem möchte ich auf diejenigen Fälle von Verwirrtheit hinweisen, bei denen stundenweises ziemlich geordnetes Verhalten immer wieder unterbrochen wird durch verwirrte Erregung; hier kann man oft durch systematische Überernährung in den klaren Zeiten den Organismus so stärken, daß die Attacken von Verwirrtheit an Intensität und Dauer allmählich zurückgedrängt werden.

Die akuten bettlägerigen Kranken neigen bei dieser Diät, welche sehr wenig Schlacke bildet, meist zur Obstipation; um diese zu vermeiden, ist, neben Kompotten und viel Butter, besonders der Honig wertvoll, der zugleich mit seinen 80% Zucker ein hochwertiges Nahrungsmittel darstellt; man sollte ihn daher in den meisten dieser Fälle geben; auch Malzextrakt, bei anämischen Kranken mit Eisen, leistet gute Dienste in beiden Richtungen und eignet sich als Zusatz zur Milch. Über die Frage der Verabreichung von alkoholischen Getränken soll später im Zusammenhang gesprochen werden.

Da wir es in der Psychiatrie mit Kranken zu tun haben, deren schlechte Nahrungsaufnahme in der Regel überwiegend auf psychischen Gründen beruht, so wird uns jedes Mittel recht sein, das den Appetit anregt. Wir werden also mit der Forderung der Reizlosigkeit nicht zu weit gehen dürfen und in dieser Hinsicht manchmal die physiologischen Erwägungen hinter den psychologischen zurücktreten lassen müssen. Die Speisen müssen nach etwas schmecken, und eine gute Würze derselben, sei es mit Salz oder Zucker — an sich auch ein vorzügliches Nährmittel schlecht essender Kranker und dabei das beste Geschmackskorrigens der Breie — oder selbst mit Pfeffer und anderen schärferen Gewürzen ist oft geboten.

Die Speisen dürfen nicht zu kalt und nicht zu heiß, die Teller nicht überfüllt sein, sonst rührt sie der mit mangelhafter Eßlust behaftete Kranke von vornherein nicht an. Niedergeschlagene und gehemmte Kranke sind ordentlich zurechtzusetzen und zum Essen ausdrücklich anzuregen, verwirrte und vielgeschäftige Kranke darauf hinzuweisen und nach Möglichkeit dabei zu fixieren, sonst vertrödeln sie die Mahlzeit und verschleudern das Essen.

Bei abulischen, mäßig gehemmten, leicht widerstrebenden und bei unbehilflichen Kranken wird, wenn das Zurechtsetzen und Zureden nicht hilft, zunächst die Fütterung mit dem Löffel — die alte Schnabeltasse sieht man kaum mehr — zu versuchen sein. Die oben skizzierte Diät für akut Kranke eignet sich in Anbetracht ihrer Konsistenz und Hochwertigkeit durchweg gut für diese Löffelfütterung. Die Technik ist bekannt; daß der Kranke aufgesetzt wird und eine Serviette vorgebunden erhält, daß der fütternde Pfleger auf der rechten, der die Hände haltende Pfleger auf der linken Seite des Kranken sitzt, sind Selbstverständlichkeiten. Die Anwendungsbreite der Löffelfütterung ist schmal. Wo der Löffel auf nicht ganz leicht zu überwindenden Widerstand stößt, ist das Hineinzwängen desselben zwischen die Zähne eine brutale Maßnahme, die zudem leicht zu Verletzungen führt; es kommt auch nicht viel dabei in den Mund und noch weniger wird geschluckt. Dann bleibt nur die Ernährung mit der Schlundsonde.

Über die Technik der Sondenernährung bei Geisteskranken herrscht Übereinstimmung. Während bei Geistesgesunden die Einführung durch den Mund

das übliche ist, so wird bei Geisteskranken in der Regel der Weg durch die Nase gewählt, durch den Mund nur bei gänzlicher Unpassierbarkeit beider Nasenlöcher. In Anbetracht dessen, daß die Sondenernährung in der Regel gegen den Willen des nahrungsverweigernden Kranken erfolgen muß — denn der Umstand, daß sie keine Nahrung nehmen wollen, ist ja der Grund dieser Maßnahme —, müßte man den Mund mit Gewalt öffnen, was immer eine häßliche und schwierige Maßnahme ist. Allerdings gibt es seltene Fälle, wo die Kranken auf Grund einer eigenartigen Willensverschrobenheit zwar auf keine Weise zum normalen Essen zu bringen sind, doch der Einbringung der Sonde keinerlei Widerstand entgegensetzen, ja dabei noch mithelfen oder gar die Sonde sich selbst einführen; dann kann man natürlich auch durch den Mund füttern. Sonst führt man die gut eingeölte elastische Schlauchsonde durch das weitere der beiden Nasenlöcher in den Nasenrachenraum und, möglichst unter Benutzung einer Schluckbewegung durch die Speiseröhre in den Magen. Der Kranke liegt dabei mit etwas erhöhtem Kopf auf dem Rücken und wird je nach seinem Sträuben durch 2 bis 4 Pfleger fixiert. Manche Kranke erwerben eine außerordentliche Fertigkeit darin, die Sonde beim Passieren hinter der Zunge abzufangen und nach vorn zu bringen; in solchen Fällen bleibt oft nichts anderes übrig, als die Kiefer mit Gewalt zu öffnen und die durch die Nase eingeführte Sonde unter Leitung des mit einer metallenen Schutzhülse armierten Fingers hinter dem Zungengrund vorbeizuführen. Feste oder mit einem Mandrin versteifte Sonden finden in der Irrenpflege so gut wie keine Anwendung.

Ich erinnere mich jedoch eines Falles aus meiner ersten psychiatrischen Zeit, bei dem die Sondenernährung mittels einer festen Sonde unter Einführung durch den Mund ausgeführt werden mußte, da ich auf keine andere Weise zum Ziel kam.

Die richtige Lage der Sonde ist, wenn der Kranke spricht oder schreit, in der Regel nicht zweifelhaft; nur in Fällen von Benommenheit oder schwerer Hemmung ist für den Erfahrenen die Einblasung von Luft unter Auskultation des Magens, wobei man das zischende Geräusch der durch die Augen der Sonde entweichenden Luft deutlich hört, erforderlich. Anfänger sollten allerdings dieses einfache Manöver bei jeder Sondenfütterung vornehmen, zumal da weiche Sonden, auch ohne in die Luftwege zu gelangen, insofern falsch liegen können, als sie an einer Stelle der Speisewege umschlagen. Das macht sich allerdings dadurch bemerkbar, daß die Fütterungsmasse nicht abläuft. Außer der Sonde gehört zur Fütterung nur noch ein Glastrichter, welcher durch einen Gummischlauch von zirka 1 *m* Länge und ein gläsernes konisches Verbindungsstück mit der richtig liegenden und durch den Arzt fixierten Sonde in Verbindung gebracht wird.

Bei Fäulnisvorgängen im Magen empfiehlt es sich, der Einfuhr der Nährflüssigkeit eine Ausspülung des Magens mit warmem Wasser oder mit Kamillenaufguß vorausgehen zu lassen. Sind diese auf Retention von Speisen bei Atonie und Dilatation zurückzuführenden und bei depressiven Patienten recht häufigen Störungen behoben, so folgt der Einführung der Sonde sogleich die Eingießung der Nährmasse. Man beginnt diese Eingießung bei gesenktem Trichter und hebt dann denselben langsam, da auf diese Weise weniger Luft in den Magen gepumpt wird. Die Schnelligkeit des Eingießens und die Druckhöhe wird man von Fall



zu Fall variieren und bei rebellischem Magen langsam zugießen unter geringer Elevation des Trichters. Bei großer Brechneigung kann ein wenig Eiswasser vorausgeschickt werden oder auch etwas Kokain. Die Hauptsache ist aber, daß man solche Kranke genau beobachtet und den richtigen Augenblick erhascht, um die Sonde zurückzuziehen. So wird es meist gelingen, den ersten Würgbewegungen zuvorkommend, dem Kranken wenigstens einen Teil der Fütterungsmasse zukommen zu lassen. Die Zurückziehung der Sonde erfolgt üblich unter Zuklemmen des oberen Endes derselben zwischen zwei Fingern, damit nichts von dem Inhalt in den Kehlkopf gelangen kann. Dagegen empfiehlt es sich meines Erachtens, außer bei schwer benommenen Kranken, im Moment, wo die Sondenspitze hinter dem Gaumen passiert, etwas Speisemasse ausfließen zu lassen; diese kommt auf den Zungenrücken, reinigt bei völlig abstinierenden Kranken, indem sie Kaubewegungen und Speichelsekretion anregt, besser als Auswischen, den Borkenbelag der Zunge und bringt manchmal aus Negativismus nahrungsverweigernde Kranke wieder zum Essen, da die Assoziation des Schluckens geweckt und der Geschmack des Essens wieder einmal zu Gemüte geführt wird.

Eine sorgfältige Mundpflege durch Auswaschen des Mundes mit Boraxlösung ist nicht zu umgehen, manchmal allerdings, abgesehen von oben beschriebener Methode, sehr schwierig durchzuführen, wenn negativistische Kranke den Mund nicht öffnen wollen.

Es bleibt die Nährflüssigkeit selbst zu besprechen, ihre Menge, Zusammensetzung, Konsistenz und Temperatur. Die Menge der einzelnen Sondenmahlzeit richtet sich nach der Toleranz des Magens und den Erfordernissen des Kraftersatzes. Mehr wie 3/4 *l* wird man auf einmal nie geben können, oft aber auch nur 1/2 *l*, in letzterem Fall 3 mal, sonst 2 mal täglich, also zusammen 1 1/2 *l* Flüssigkeit, um die nötige Kalorienzahl zu erzielen.

Da es sich bei den künstlich ernährten Kranken fast durchweg um ruhende, im Bett befindliche Personen handelt, so werden nach Voit zirka 2000 Kalorien für Männer und zirka 1725 für Frauen im Durchschnitt ausreichen; der Eiweißbedarf wäre nach demselben Autor bei den männlichen Kranken zum mindesten mit 90, bei den weiblichen mit 80 *g* anzusetzen.

Am gebräuchlichsten ist es, als Flüssigkeit 1 1/2 *l* Milch für den Tag zu nehmen womit der Fettbedarf schon völlig, der Eiweißbedarf etwa zur Hälfte gedeckt ist. Um diese Nährmasse auf den nötigen Nähr- und Kalorienwert zu bringen, werden Eier, Nährpräparate, Butter, Zucker zugesetzt.

Eine gute Mischung besteht aus 3/4 *l* Milch, 3 Eiern, 100 *g* Zucker mit etwas Butter und Salz; an Stelle der Eier oder außerdem kann man aber auch eiweißreiche Nährpräparate wie Somatose, Tropon o. dgl. nehmen, an Stelle des Zuckers Malzextrakt oder Honig.

Es empfiehlt sich, mit der Fütterung abzuwechseln und abends als dicke Suppen in den sehr eiweißreichen Leguminosenmehlen eine vegetabilische Mahlzeit zu verabreichen, während vormittags in Milch, Eiern und Butter animalische Nahrungsmittel zugeführt werden. Auf diese Weise wird die künstliche Ernährung auf die Dauer besser vertragen und erheblich mehr ausgenutzt als bei eintöniger Verordnung immer derselben Masse.

Die Erfolge dieser künstlichen Ernährung können mit der natürlichen nicht rivalisieren, und es gelingt nicht immer durch dieselbe das Körpergewicht

wesentlich zu heben; dagegen genügt die Methode, wenn nicht eine konsumierende körperliche Erkrankung wie Tuberkulose vorliegt, so gut wie immer, der weiteren Abnahme vorzubeugen und so das Leben auf Monate und selbst auf Jahre zu erhalten.

Schwierig ist in jedem Fall zu entscheiden, wann bei Nahrungsverweigerern mit der Sondenernährung begonnen werden soll. Da erfahrungsgemäß geringere Mengen in natürlicher Weise aufgenommener Speisen für den Stoffansatz unvergleichlich wertvoller sind, als erheblichere Quantitäten künstlich zugeführten Nährmaterials, so wird man geneigt sein, wenn die Kranken überhaupt noch etwas essen, so lang wie möglich zuzuwarten. Aber man darf auch nicht zu spät kommen! (s. oben). Genaue schriftliche Aufzeichnungen über die genossenen Speisen und Berechnung des kalorischen Wertes, sorgfältige Beobachtung von Körpergewicht, Herztätigkeit und allgemeinem Aussehen werden vor unangenehmen Überraschungen schützen.

Bei Kranken, die gar nichts essen, fällt die Entscheidung leichter; je nach dem Kräftezustand wird 2 bis 8 Tage zugewartet werden können.

Im Gegensatz zur Sondenfütterung sind die anderen Methoden künstlicher Ernährung, die rektale und die subkutane, nicht leistungsfähig genug, um den Stoffwechsel zu bilanzieren; sie leisten jedoch als Ergänzung der natürlichen oder der Sondenernährung nicht selten gute Dienste.

Die rektale Ernährung kommt besonders dann in Frage, wenn sehr erschöpfte, aber nicht aus psychischen Gründen abstinierende Kranke nicht imstande oder nicht willens sind, auf dem natürlichen Wege soviel Nahrungsstoffe sich zuführen zu lassen, als sie zur Erhaltung des Lebens unbedingt bedürfen. Solche Kranke mit der Sonde zu ernähren, wird man Bedenken tragen und die mildere Methode der Nährklistiere wählen, vorausgesetzt, daß deren Nährstoffe mit den per os eingenommenen Speisen zusammen als ausreichend anzusehen sind. In der psychiatrischen Therapie wird ferner oft die wasserresorbierende Leistung des Dickdarms ausgenutzt, indem bei kachektischen Kranken physiologische Kochsalzlösung in größeren Mengen in den Darm eingegossen wird. Spezifisch psychiatrisch ist die Methode, stärkere Kochsalzlösungen bei abstinierenden Kranken in kleineren Mengen in den Dickdarm einzuspritzen, um dem Körper Flüssigkeit zu entziehen und durch das hierdurch hervorgerufene Durstgefühl den nahrungsverweigernden Kranken zur Aufnahme von zunächst flüssiger Nahrung (Milch!) zu bewegen. In vereinzelten Fällen hat man damit bei beginnender Nahrungsabstinenz Erfolg und kann so die Einleitung der Sondenfütterung vermeiden.

Was die Technik der rektalen Ernährung angeht, so hat sie bei Geisteskranken nichts Charakteristisches. Einem Reinigungsklistier folgt nach ½ bis 1 Stunde das Nährklistier, in Seitenlage, mit gut geölter Sonde, möglichst tief eingeführt; um den Kranken nicht zum reaktiven Pressen zu reizen, wird man möglichst wenig Druck anwenden und die Masse langsam einlaufen lassen. Zur Verminderung des durch die Eingießung verursachten Stuhldranges ist es manchmal von Vorteil, nach dem Reinigungsklistier ein Opiumsuppositorium einzuführen; auch das Zusammenhalten der Nates ist bei der auf Unverstand oder Widerstreben beruhenden Neigung, die Masse herauszupressen oder herauslaufen zu lassen, nicht selten für einige Zeit nach der Applikation des Klistiers nötig, aber nicht immer wirksam.



Als Nährklistiere werden überwiegend Eiermilchklistiere, Peptonmilchklistiere und Amylummilch- oder -wasserklistiere verabfolgt, d. h. man setzt ¼ *l* Milch 3 Eier und 3 *g* Kochsalz oder 50 bis 70 *g* Pepton oder schließlich 60 bis 70 *g* Amylum zu. Am besten ist es, früh ein Pepton- oder Eiermilchklistier und abends ein Amylumwasserklistier einzuführen, wobei die leicht zu Diarrhöen führende Darmreizung der eiweißhaltigen Klistiere durch die stopfende Wirkung des Stärkekleisters prophylaktisch hintangehalten oder günstig therapeutisch beeinflußt wird. Mehr wird selten vertragen werden und man muß sich dabei bewußt sein, daß auf diese Weise im günstigsten Falle höchstens $^1/_3$ des Eiweiß- und Kalorienbedarfes des Körpers gedeckt wird.

Eine noch geringere Rolle bei der Ernährung Geisteskranker spielt die subkutane Zufuhr von Nährstoffen. Ich sehe dabei ab von der subkutanen Zufuhr von physiologischer Kochsalzlösung zu dem Zwecke, um der Austrocknung des Körpers bei Enthaltung von flüssiger Nahrung entgegenzuarbeiten; doch ist auch hierfür die Zufuhr von Flüssigkeit durch die Magensonde oder auch durch das Darmrohr vorzuziehen, so daß die subkutane Infusion sich auf Erschöpfungszustände, bei denen sie lebensrettend wirken kann, beschränken wird. Man infundiert dann 1- bis 2 mal täglich 500 bis 1000 $cm^3$ physiologischer Kochsalzlösung und kann dies längere Zeit fortsetzen. Die Technik ist bekannt.

Bei der subkutanen Zufuhr von Nährstoffen kommen Eiweißsubstanzen nicht in Frage, da sie sich zersetzen und Vergiftungserscheinungen erzeugen. In Anwendung kommen Traubenzuckerlösungen und Olivenöl. Von Traubenzucker infundiert man zirka 100 $cm^3$ einer 10%igen Lösung; lästig sind die damit verbundenen Schmerzen, welche aber oft bei schwer verwirrten Kranken keine Rolle spielen; nicht unbedenklich ist die schwer zu vermeidende Gefahr von lokalen Entzündungserscheinungen oder gar der Nekrose. Durch Einspritzung von zirka 200 *g* Olivenöl, welche langsam und vorsichtig ausgeführt werden muß, wird ein Fettdepot unter der Haut erzeugt, welches langsam resorbiert wird. Die subkutane Ernährung kann also nur stickstoffloses Material zuführen, wodurch, wenn nicht gleichzeitig Eiweiß beigebracht wird, der Eiweißzerfall noch befördert wird. Dem wird am besten durch gleichzeitige Applikation von Eier- oder Peptonklistieren vorgebeugt; mehr als 300 bis 400 Kalorien am Tag kann die subkutane Ernährung nicht leisten.

Den sehr zahlreichen Fällen von Unterernährung steht eine kleine Minderzahl von Kranken gegenüber, bei welchen ein zu starker Fettansatz dazu nötigt, in entgegengesetzter Richtung zu wirken. Die Ursachen dieses Phänomens können einmal liegen in zu großer Nahrungszufuhr, sodann in pathologisch geringem Stoffverbrauch infolge herabgesetzten Stoffwechsels. Den letzteren Fall haben wir einmal bei den mit Erkrankung der Schilddrüse einhergehenden psychischen Störungen, dem Myxödem und dem Kretinismus, da bekanntermaßen die innere Sekretion der Schilddrüse den Stoffwechsel anregt und ihr Fehlen oder Degenerieren infolgedessen u. a. zu Fettsucht führt; diese Form der Verfettung wird ätiologisch durch Zufuhr der Drüse in frischem oder trockenem Zustand oder in Form von Tabletten behandelt. Auch mangelhafte Bewegung im übrigen ausreichend essender Kranker läßt diese zu fett werden und wird durch Beschäftigung insbesondere in Form von Arbeitstherapie bekämpft; Demenzpsychosen, welche nach Ablauf der akuten Symptome noch mit Bett-



ruhe behandelt, bettsüchtig werden und verfetten, sollten auch aus diesem Grunde schleunigst in den Garten und aufs Feld geschickt werden.

Eine übertriebene Nahrungszufuhr finden wir bei manchen verblödeten Kranken, bei denen sie in förmliche „Freßsucht“ ausarten kann. Das sind solche Kranke, für die die Mahlzeiten die einzigen Lustbarkeiten sind, deren sie auf Grund ihres Blödsinns noch fähig sind, und die, da zudem alle Hemmungen fehlen, dies Vergnügen möglichst ausgedehnt zu genießen bestrebt sind. Dieser Form der Überernährung ist nicht diätetisch oder arzneilich, sondern lediglich erzieherisch und prohibitiv entgegenzuwirken, indem das Pflegepersonal angewiesen wird, dafür Sorge zu tragen, daß solche Kranke nicht mehr als die ihnen eingeräumte Portion erhalten. Daneben wird natürlich, wo es der physische Zustand erlaubt, durch möglichst ausgiebige und nicht zu leichte körperliche Arbeit für reichlichen Kräfteverbrauch gesorgt werden müssen.

Für die Ernährung des körperlich gesunden Geisteskranken, bei dem nach abgelaufenem akuten Stadium psychische Störungen die Nahrungsaufnahme in keiner Weise krankhaft beeinflussen, gilt der Grundsatz, daß für ihn dieselbe Kost sich eignet, wie für den geistig Gesunden seines Standes und seiner Gewohnheiten. Höchstens ist darauf hinzuweisen, daß die für Gesunde allgemein gültigen diätetischen Regeln bei geistig Defekten besonders sorgfältig beachtet werden müssen, um störende Rückwirkungen von Unregelmäßigkeiten und Übermaß in der Nahrungsaufnahme auch auf das geistige Befinden zu vermeiden. Daß erfahrungsgemäß ein mehr vegetarisches Regime vorzuziehen ist, wurde schon erwähnt.

Besondere Aufgaben stellt die Ernährung der Masse der chronischen unheilbaren Geisteskranken an die Verwaltung der großen Irrenanstalten. Die Unterbringung und Versorgung dieser Unheilbaren verursacht trotz der Arbeitsleistung derselben in den Anstalten eine unproduktive und die Verwaltungsbezirke schwer belastende Ausgabe. Und je mehr wir Psychiater darauf drängen, allen diesen Kranken eine sachgemäße Unterbringung und Behandlung zu schaffen und ihrer Verwahrlosung und Zurücksetzung in Freiheit, Spitälern und Siechenhäusern entgegenarbeiten, um so mehr haben wir die Verpflichtung, das Unsere zu tun, damit diese Lasten erleichtert werden. Da ist nun einer der wenigen Ausgabeposten, in welchen durch Umsicht und geschickte Disposition gespart werden kann, die Beköstigung. Für eine Provinz, die mehrere tausend chronische Geisteskranke zu versorgen hat, macht es eine enorme Summe aus, ob diese etwa für 60 oder für 70 Pf. im Tag beköstigt werden. Bei heilbaren und besserungsfähigen Kranken dürfen solche Rücksichten nicht mitspielen, denn nicht nur vom ärztlichen, sondern auch vom ökonomischen Standpunkt aus ist hier diejenige Beköstigungsform die gegebene und rentabelste, welche für die rascheste Herbeiführung einer Remission oder Intermission und die Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit die besten Bedingungen schafft.

Für das Gros der rüstigen chronischen Kranken ist die Beköstigung so zu wählen, daß sie auskömmlich ist, d. h. den Kräfteverbrauch ersetzt; sie muß ferner so abwechslungsreich und so wohlschmeckend sein, daß die Kranken Freude am Essen haben, denn für viele Geisteskranke ist es die einzige Freude, der sie noch fähig sind, und von keinem anderen Punkt hängt die Zufriedenheit der Anstaltskranken in so hohem Maße ab wie von der Kost. Gut und abwechs-



lungsreich beköstigen ist aber nicht so sehr eine Sache der Finanzen als einer richtigen Leitung des Küchenressorts und der Gewinnung eines tüchtigen Küchenchefs; nach meinen Erfahrungen empfiehlt es sich unbedingt einen Oberkoch zu nehmen, wegen der dem männlichen Geschlecht im allgemeinen eigenen größeren Befähigung, umfassende Anordnungen zu treffen und über ein zahlreiches Personal zweckentsprechend zu disponieren.

Wenn wir von den bettlägerigen Siechen absehen, so ist bei den chronischen Geisteskranken in bezug auf Kräfteverbrauch zu unterscheiden zwischen arbeitenden und nichtarbeitenden Kranken. Es ist üblich und gegeben, eine Kostform für die Normalklasse aufzustellen, die dem Nahrungsbedarf des körperlich gesunden nichtarbeitenden Menschen genügt, und zwar nicht sowohl auf Grund der Kalorienzahl, die allerdings als unterste Grenze auch zu berücksichtigen bleibt, als vielmehr der praktischen Erfahrung folgend. Diese Normalkost besteht aus Morgenkaffee, Mittagessen mit Suppe, Gemüse und Fleisch und Abendessen in Form einer nahrhaften Suppe, dazu Brot nach Belieben. Diese Kostform kann man durch geringe Varianten den übrigen Indikationen anpassen, indem man einmal sie durch Kostzulagen zum zweiten Frühstück, Vesper und Abendessen für arbeitende Kranke genügend kräftig und nahrhaft macht; zum anderen läßt sie sich durch Weglassen schwer verdaulicher und blähender Gemüse und Ersatz des Fleisches in Stücken durch Hascheefleisch verschiedener Zubereitung als „leichte“ Normalkost für bettlägerige Kranke und solche von torpiderem Stoffwechsel adaptieren; auf diese Weise erhalten wir eine geeignete Siechenkost. Dabei möchte ich bemerken, daß das rein schematische Abschreiben von Fleisch bei unbeschäftigten Kranken für mehrere Tage der Woche zum Zwecke der Kostenersparnis, wie es vielfach geübt wird, mit den physiologischen Gesetzen insofern in Widerspruch steht, als gerade diese Kranke nicht imstande sind, mit eiweißarmer Kost die Kräftebilanz zu erhalten, da die hierfür erforderlichen sehr großen Mengen von Kohlehydraten (Kartoffeln, Brot) wohl ein schwer arbeitender Bauer verdauen kann, aber nicht ein untätiger Kranker. Wir geben solchen Kranken täglich 100 *g* Fleisch aufgelockert und vermehrt durch Mehlzusatz. Einen großen Fortschritt bedeutet der von Uchtspringe ausgegangene Wegfall der festen Speiseregulative, indem nur für gewisse teure Viktualien wie z. B. Fleisch bestimmte Mengen vorgeschrieben bleiben, im übrigen der Anstaltsverwaltung die Freiheit gegeben wird, nach Maßgabe der verfügbaren Mittel nach bestem Vermögen zu wirtschaften; nur auf diese Weise können die oben skizzierten Anforderungen von der Anstaltsküche erfüllt werden. Neben der Verschiedenheit des Zustandes und des Kräfteverbrauches sind in der Anstalt schließlich noch die verschiedenen Klassen und deren Ansprüche zu befriedigen.

Rechnet man dazu noch die Beköstigung der akuten Psychosen und die der körperlich Kranken, so ergäbe sich eine verwirrende Fülle von Beköstigungsarten, welchen nur mit Aufgebot sehr erheblicher Mittel, zahlreichen Küchenpersonals und eines umfangreichen Verwaltungsapparates zu genügen wäre. Im Interesse insbesondere einer einfachen Küchen- und Wirtschaftsverwaltung sind also diese Anforderungen auf eine möglichst einfache Formel zu bringen, wobei trotzdem den ärztlichen Indikationen genügt werden muß.



In der Anstalt Rufach bestehen 3 Klassen und 10 Beköstigungsmöglichkeiten, und zwar zunächst die normale Beköstigung der ersten, zweiten und dritten Klasse. Die erste Klasse erhält zu Mittag Suppe, zwei Gänge und süße Speise, die zweite einen Gang weniger, und zwar fällt dabei je nach ärztlicher Verordnung die Nachspeise weg oder der schwerere der beiden Fleischgänge. Im letzteren Fall haben wir eine leichtere, überwiegend vegetarische Kost für diese zweite Klasse. Im übrigen entspricht die Beköstigung dieser beiden oberen Klassen den üblichen Grundsätzen, doch wird häufig, besonders bei Frauen, das Fleisch der Abendmahlzeit durch eine Eierspeise o. dgl. ersetzt. Die Kost der dritten Klasse besteht aus zwei Hauptmahlzeiten, dem Mittagessen mit Suppe, Gemüse und Fleisch und dem Abendessen, einer dicken Suppe; dazu Milchkaffee und zirka 500 bis 600 *g* Brot (nach Belieben). Diese Kost wird durch Verordnung von zweitem Frühstück und Vesper (Milchkaffee mit Brot) und von Wurst oder Käse mit Kartoffeln oder Salat zum Abendessen zu einer reichlichen Kost für kranke Arbeiter erweitert; besonders tüchtige Arbeiter erhalten die ähnlich zusammengesetzte, aber noch etwas opulentere Kost des Personals (Wurstzulage zum Frühstück, manchmal warmes Fleisch zu Abend); indem das Fleisch des Mittagessens durch Haschee und die schwerverdaulichen Gemüse durch leichte ersetzt werden, wird die normale Kost der dritten Klasse zu einer Siechenkost. Schließlich besteht noch eine Aufnahmekost oder Diät für die akuten Kranken aller drei Klassen, welche nach den oben für akute Kranke ausgeführten Gesichtspunkten aufgestellt ist und jeden Tag der Woche variiert: Mittags neben Suppe Grieß- oder Reisbrei, Auflauf, Flammeri o. dgl. mit geeigneten Saucen oder Kompott, abends insbesondere passierte Leguminosensuppen. Die Kost wird durch Zulagen nach Bedarf erweitert. Für die Verdauungsstörungen der Verblödeten, insbesondere die Pseudodysenterie, ist ebenfalls eine schematische Kostform festgesetzt, früh und zum Vesper Eichelkakao, mittags und abends Schleimsuppen, dazu Heidelbeerwein.

Es ergeben sich also folgende Kostformen:

1. Normalkost I. Klasse.
2. Normalkost II. Klasse.
3. Leichte (fleischarme) Kost II. Klasse.
4. Normalkost III. Klasse.
5. Arbeiterkost III. Klasse.
6. Arbeiterkost III. Klasse für angestrengte Arbeiter (Personalkost).
7. Siechenkost III. Klasse.
8. Diätkost für alle Klassen (Kost für akute Psychosen).
9. Diätkost mit Kraftzulagen (Mastkost).
10. Durchfalldiät.

Es sei hier nur kurz auf den Wert einer umfangreichen, geschickt geleiteten Gemüsegärtnerei für eine ökonomische Beköstigung hingewiesen, wobei bei Aufstellung des Bebauungsplanes für die Gärtnerei auf die Bedürfnisse der Anstaltsküche und bei Aufstellung des Bespeisungsplanes auf die Produktion der Gärtnerei gebührende Rücksicht genommen werden muß. Schweine- und Geflügelzucht ist notwendig, um die Abfälle nutzbringend verwerten zu können. Man sieht auch hier wieder, wie notwendig ein einträchtiges und systematisches Hand in Hand arbeiten von Landwirtschaft, Gärtnerei und Wirtschaftsverwaltung einerseits, von ärztlicher Verordnung der Bespeisung andererseits ist; auch sparsames Wirtschaften auf den Abteilungen, Vermeiden zu vieler Abfälle und unnötiger kostspieliger Verschreibungen sind nur möglich, wenn der maßgebende Arzt zugleich verantwortlicher und deshalb interessierter Leiter der Wirtschaftsverwaltung und damit des Beköstigungswesens ist.



In diesen Ausführungen ist zwar nach Möglichkeit vermieden worden, solche therapeutische Regeln zu besprechen, welche den Verhaltungsmaßregeln für das Pflegepersonal zugehören. Ich möchte aber das Kapitel über die Beköstigung der Geisteskranken nicht abschließen, ohne wenigstens summarisch darauf hingewiesen zu haben, einen wie großen Wert für die Nahrungsaufnahme schlecht essender Kranker eine sorgfältige, auch größeren ästhetischen Ansprüchen genügende Anrichtung der Mahlzeiten beanspruchen darf. Es ist geradezu ein Akt der Psychotherapie, daß wir unseren Kranken die Kost nicht nur in genügender, hygienisch einwandfreier und wohlschmeckender Form kredenzen, sondern daß auch der gedeckte Eßplatz, das saubere Geschirr, die wohlgeordnete Reihenfolge der Gänge und der in weißer Jacke und Schürze gekleidete Darbieter einen erfreulichen und anregenden Eindruck bei dem Kranken hervorrufen. Mit Hilfe von gut konstruierten Bettischen lassen sich diese Forderungen auch bei Bettbehandlung erfüllen. Wenn diese Umstände naturgemäß auch in höherem Maße für die Kranken der besseren Stände von maßgebender Bedeutung sind, so darf man sie dennoch auch bei sensiblen und verständigen Kranken der Normalklasse nicht vernachlässigen; und auch die an großen Tafeln bespeisten chronischen Kranken sollten nach Möglichkeit ein Tischtuch oder doch einen linoleumbelegten Eßtisch haben, sich alle in Ordnung daran niederlassen und zu ruhigem, sauberem Einnehmen der Mahlzeiten erzogen werden, was mit wenigen Ausnahmen bei genügender Schulung des Personals auch möglich ist.

Bisher ist von Nährmitteln die Rede gewesen. Im Anschluß daran wäre noch auf die bereits gestreifte Frage der Genußmittel näher einzugehen, welche allerdings im strengeren Sinne nur insofern, als sie zur Würze und Belebung der Mahlzeiten gereicht werden, mit der Ernährung zusammenhängen, im übrigen aber wegen ihrer toxischen Wirkung auf das Zentralnervensystem zu den Medikamenten zu rechnen wären und somit den Übergang zum folgenden Kapitel, der medikamentösen Behandlung darstellen; sie könnten vielleicht ebenso gut dort abgehandelt werden.

Die Alkoholfrage, welche schon in dem Kapitel über die Prophylaxe berücksichtigt worden ist, kann auch hier nur in ihren Grundzügen gestreift werden. Als Nährmittel kommen alkoholhaltige Getränke nur bei schweren Erschöpfungszuständen in Frage; hier wirkt insbesondere der Champagner nicht selten lebensrettend, aber auch schwere Süßweine, insbesondere der verhältnismäßig nährstoffreiche Tokajer sind manchmal mit oder ohne Zusatz von Eigelb bei Erschöpfungszuständen nicht zu entbehren, zumal da es Kranke gibt, welche zwar jede andere Nahrung verweigern, aber Wein noch annehmen. Auch als Stomachikum tut ein Glas Wein oft gute Dienste, und ein Glas Malaga vor, ein Glas Rotwein zum Essen hat mir schon manche Sondenfütterung entbehrlich gemacht. Die Frage, ob man Deliranten Alkohol geben soll, gehört nicht hierher.

Auch als schlafbringendes Mittel sind alkoholische Getränke wertvoll und im Vergleich zu vielen Narkotizis mild und ungefährlich. Bei Depressionszuständen wird häufig und mit gutem Erfolg ein Glas schweren Bieres am Abend verordnet; Frauen, die nicht daran gewöhnt sind, reagieren besser darauf als Männer.

Die prinzipielle Ablehnung alkoholhaltiger Getränke als Reizmittel in Schwächezuständen oder als Schlafmittel wird nur ein Abstinenzfanatiker ver-

treten. Umstritten ist jedoch die Frage, ob man akuten Psychosen als Stärkungsmittel und chronischen Geisteskranken als Genußmittel alkoholische Getränke verabfolgen soll. Es ist unmöglich, hier die Frage der Eiweiß sparenden Wirkung des Alkohols auch nur aufzurollen, und ich muß mich darauf beschränken, meinen Standpunkt dahin zu präzisieren, daß man alkoholische Getränke bei akuten Psychosen im allgemeinen vermeidet und sie nur dann gibt, wenn man sie bei Schwächezuständen zum Zwecke des Appetitanregens oder um Fäulnisvorgänge im Magen einzuschränken für nötig hält.

Gegen die Verabreichung alkoholischer Getränke bei Geistesstörungen im allgemeinen gibt es absolute Kontraindikationen. Für Epileptiker, epileptoide Imbezille, Dégénérés und Hypomanische ist der Alkohol auch in den kleinsten Mengen Gift. Dagegen kann bei allen Depressionszuständen und insbesondere bei den Angstzuständen der Neurastheniker die euphorisierende Wirkung alkoholischer Getränke unbedenklich ausgenutzt werden. Das Gros der chronischen Geisteskranken verhält sich kleinen Quantitäten von Wein oder Bier gegenüber indifferent, und so kommt es, daß es in vielen Anstalten noch Sitte ist, diesen Kranken täglich alkoholische Getränke zu verabreichen. Es unterliegt auch keinem Zweifel, daß man ein solches Verhalten damit begründen kann, daß der Bier- und Weingenuß diesen Kranken eine große Freude bereitet, eine der wenigen freudigen Empfindungen, deren sie noch fähig sind, und daß wir in Wein und Bier vielleicht das wirksamste Anregungsmittel zur Arbeit besitzen und bei dem hohen therapeutischen Wert der Beschäftigung somit durch die Verabreichung alkoholischer Getränke sogar indirekt therapeutisch wirken.

Trotz dieser Erwägungen stehe ich aber auf dem Standpunkt, die Verabreichung geistiger Getränke auf den Abteilungen für chronisch Kranke und Rekonvaleszenten prinzipiell auszuschließen und habe dies bei der Organisation der Anstalt Rufach, welche in einer Weingegend liegt und deren Pflegebefohlene durchweg an regelmäßigen reichlichen Weingenuß gewöhnt sind, auch anstandslos durchgeführt. Dabei waren folgende Erwägungen maßgebend. Einmal ist doch immerhin ein sehr erheblicher Prozentsatz der chronisch Kranken in so hohem Maße alkoholintolerant, daß die Verabreichung auch der kleinsten Mengen alkoholhaltiger Getränke an sie einem Kunstfehler gleichkäme. Diese Kranken aber, deren psychische Störungen sich in den verschiedensten Formen und Graden entäußern, in besonderen, abstinent gehaltenen Abteilungen zu vereinigen, ist bei der Verschiedenheit ihres geistigen Zustandes völlig ausgeschlossen. Man müßte also in denselben Pavillons Kranke verpflegen, die Wein oder Bier genießen dürfen und solche, denen dieser Genuß verboten ist. Das ist aber ganz unmöglich. Es kommt hinzu, daß wir zwar innerhalb der Anstalt imstande wären, den Alkoholgenuß auf ein mäßiges Quantum zu beschränken, daß aber den von uns als geheilt oder gebessert Entlassenen dieses Genußmittel unbegrenzt zugänglich ist. Ich möchte hierbei nur daran erinnern, daß die überwiegende Mehrzahl der mit Defekt Geheilten und der psychopathischen Zustände verschiedenster Art nur deshalb wieder anstaltspflegebedürftig wird, weil ihnen der Alkohol die Hemmungen lähmt und die Triebe steigert, wodurch sie zu insozialen Handlungen veranlaßt werden.

Gerade in Weingegenden zeichnen sich Geisteskranke der verschiedensten klinischen Formen durch besondere Affekterregbarkeit und Zornmütigkeit



aus, welche im allgemeinen so typisch zu sein pflegt, daß wir für diese Fälle den Ausdruck „Alkoholhereditarier" geprägt haben. Solche Kranke sind in größerer Anzahl nur in einem völlig alkoholfreien Milieu ohne ständige gegenseitige Konflikte zu halten. Auch ist es eine absolute moralische Verpflichtung der Anstalt, ihren Pfleglingen mit aller zur Verfügung stehenden Intensität die Überzeugung einzuprägen, daß man auch ohne Alkohol leben, zufrieden sein und arbeiten kann, ein Bestreben, das mir in einer nicht abstinent gehaltenen Anstalt von vornherein aussichtslos erscheint.

Wesentlich geringer ist die Bedeutung der Darreichung von Kaffee und Tee. Leichteren Tee kann man bei allen Formen psychischer Störung unbedenklich gestatten, jedoch nicht vor dem Schlafengehen, da er infolge seiner immerhin vorhandenen anregenden und die Phantasie beflügelnden Wirkung auch schon beim Gesunden das Einschlafen erschwert. In noch höherem Maße gilt dies Bedenken für den Kaffee. Dieser ist daher durch geeignete Surrogate, insbesondere den Malzkaffee, dem man zur Verbesserung des Geschmacks eine geringe Menge Bohnenkaffee zusetzen kann, zu ersetzen. Für die höheren Ansprüche der besseren Klasse kommt der koffeinfreie Kaffee in Frage. Für die Anstaltsverpflegung spielt auch der finanzielle Gesichtspunkt eine Rolle; wenn man die alkoholischen Getränke ausschließt, werden neben Limonade enorme Mengen Kaffees verlangt (in Rufach auf etwa 850 Köpfe über 2000 *l* am Tag), deren Herstellung überhaupt nur unter Verwendung billiger Surrogate möglich ist.

Von sonstigen Genußmitteln bleibt noch der Tabak zu besprechen. Ebenso wie der Kaffee ist er frei von ungünstigen Wirkungen auf die Psyche, wenn nicht ein sehr erheblicher Mißbrauch vorliegt, wobei es zu heftigen Angstzuständen kommen kann. Wegen seiner drucksteigernden Wirkung auf das Gefäßsystem wird man ihn bei allen mit arteriosklerotischen Veränderungen einhergehenden Seelenstörungen verbieten, sonst aber leichte Zigarren und leichten Tabak in mäßigem Umfang durchweg gestatten können. Es unterliegt sogar keinem Zweifel, daß dem Rauchen eine gewisse beruhigende Wirkung, selbst bei schweren Aufregungszuständen, zukommt, welche allerdings mehr psychischer Natur sein dürfte. Man läßt daher vielfach männliche Patienten im Dauerbad rauchen. Außerordentlich geschätzt ist der Tabak als Arbeitsbelohnung, d. h. als vergleichsweise unschädliches Mittel, um die Arbeitslust der Kranken anzuregen.

# Medikamentöse Behandlung.

Die Behandlung der Geistesstörungen durch Medikamente wäre zu scheiden in eine ätiologische, als Versuch einer medikamentösen Einwirkung auf die Ursachen der Psychosen, und eine symptomatische Therapie, welche nur die Entäußerungen der Geistesstörungen durch Medikamente zu beeinflussen versucht; eine Mittelstellung dürften solche therapeutische Methoden beanspruchen, die, ohne auf die Ursachen zurückzugreifen, durch gewisse Mittel die körperlichen Grundlagen der psychischen Störungen der Norm zu nähern bezwecken sollen.

Von materiellen Ursachen der psychischen Störungen sind bekannt einige Gifte, wie Syphilis und Alkohol; es werden angeschuldigt hypothetisch konstruierte Stoffwechselveränderungen, wie sie insbesondere Pubertät und Klimakterium mit sich bringen sollen.

Luetische Gehirnerkrankungen und deren psychische Störungen sind ein dankbares Objekt antiluetischer Therapie, insbesondere bewährt sich hierfür die Schmierkur, kombiniert mit Jodkali oder auch letzteres allein.

Was dagegen die spezifische Therapie der metaluetischen Erkrankungen, in unserem Fall also der progressiven Paralyse, angeht, so stand ich bisher auf Seite derjenigen Autoren, welche sie absolut ablehnen, da eine Besserung des Zustandes dadurch nicht zu erzielen sei. Im Gegenteil habe ich mehrfach Gelegenheit gehabt zu beobachten, wie durch Quecksilberbehandlung bei schleichend verlaufenden Paralysen stürmische Erregungszustände ausgelöst worden sind. In Kombination mit der modernen Nukleinsäurebehandlung scheint die antiluetische Therapie sich allerdings besser zu bewähren. Bestehen neben metasyphilitischen tertiär-luetische Erscheinungen, oder liegt auch nur die entfernteste Möglichkeit vor, daß ein im übrigen paralyseähnliches Bild einen tertiär-luetischen Gehirnprozeß verschleiern könnte, so sind die Voraussetzungen für eine energische antisyphilitische Kur gegeben.

Die moderne Salvarsantherapie sei hier nur kurz gestreift. Daß ausgeprägte Paralysen durch sie günstig beeinflußt würden, ist ausgeschlossen, von beginnenden Paralysen ist dies zum mindesten nicht bewiesen. Vielleicht kommt dieser Behandlungsmethode allein oder kombiniert mit anderen antisyphilitischen Mitteln eine prophylaktische Bedeutung gegenüber den metaluetischen Erkrankungen zu; das kann aber erst die Zukunft entscheiden.

Soweit Geistesstörungen auf Arteriosklerose beruhen, wird der Versuch zu machen sein, diese Gefäßerkrankung medikamentös zu bessern. Hierfür kommen in erster Linie die Jodpräparate in Betracht. Da es sich aber häufig um senile, körperlich reduzierte Kranke handelt, bei denen Kräftigung und Hebung des körperlichen Allgemeinzustandes die erste Aufgabe ist, da ferner bei diesen arteriosklerotischen Seelenstörungen oft melancholische und hypochondrische Vorstellungen die Nahrungsaufnahme in ungünstiger Weise beeinflussen, so mahnt die von Ortner hervorgehobene Eigenschaft der Jodpräparate, den Appetit zu schmälern und den Ernährungszustand zu reduzieren, zu Selbstbeschränkung in ihrer Anwendung. Ortner empfiehlt, insbesondere bei vorausgegangener Syphilis, eine 2 bis 3 Jahre fortgesetzte Jodtherapie, und zwar Jodkali 0·25 bis 0·5 am Tage mit Natrium bicarbonicum; von anderen Jodpräparaten Jodnatrium bei schlechtem Herzen, Sajodin oder Jodglidine in Tabletten von 0·5 oder Jodipin, 1 bis 10 *cm*³ eines 25%igen Präparates subkutan.

Die übrigen gegen Arteriosklerose empfohlenen Medikamente, seien es Blutsalze wie Trunczeksches Serum und Antisklerosin oder andere (Vasotonin, Theobromin, Diuretin usw.) können eine besondere Bedeutung für die Therapie der Psychosen nicht beanspruchen.

Soweit Stoffwechselstörungen als Ursache von Psychosen angeschuldigt werden, ist die Thyreoidintherapie bei Myxödem und auch Kretinismus erprobt und anerkannt. Was aber sonst noch in dieser Hinsicht versucht worden ist, beruht auf theoretisch so schwachen Prämissen und hat auch praktisch so völlig versagt, daß es genügen mag, wenn hier der Behandlung geisteskranker Frauen mit Ovarialsubstanz Erwähnung getan wird. Dobrick hat mit der Darreichung von Oophorintabletten bei Pubertäts- und Involutionspsychosen keine deutlichen Erfolge erzielt, aber auch keine ungünstigen Nebenwirkungen gesehen. Vielleicht empfehlen sich aber weitere Versuche bei klimakterischen Seelenstörungen, besser vielleicht in Kombination mit anderen den Stoffwechsel aufrüttelnden, „mobilisierenden" Methoden.

Hier wären neben den bereits erwähnten Infusionen mit physiologischer Kochsalzlösung nach Donath die Versuche mit Serumtherapie auszuführen. Enge berichtet über die Beobachtungen und Experimente von Bruce, Robertson und O'Brien bei progressiver Paralyse, welche sowohl in bezug auf theoretische Begründung wie Erfolge so schwach fundiert sind, daß sie in Deutschland keine Nachfolge gefunden haben.

Anders steht es mit denjenigen Präparaten, welche durch Erzeugung künstlichen Fiebers wirken sollen. Dieser Therapie liegt die oft gemachte Erfahrung zugrunde, daß verwirrte und erregte Kranke während interkurrenter fieberhafter Krankheiten, wie Erysipel, Typhus, Eiterungen vorübergehend ruhig und klar werden können und daß, insbesondere im Anschluß an Eiterungen, weitgehende Remissionen selbst seit Jahren bestehender chronischer Psychosen mehrfach beobachtet worden sind. In der Regel entbehren allerdings diese durch fieberhafte Krankheiten herbeigeführten Besserungen der Nachhaltigkeit.

Ich habe selbst Fälle beobachtet, in denen akute Manien an Typhus, Angstmelancholien an Erysipel erkrankten und, solange diese Infektionskrankheiten dauerten, völlig ruhig und verständig sich benahmen, bei denen aber die Erregung wieder



aufflackerte, sobald das Fieber in der Rekonvaleszenz schwand. Ferner beobachtete ich vor kurzem einen Fall völliger Beruhigung einer sehr erregten alten Dementia praecox im Anschluß an einen ausgebreiteten perityphlitischen Abszeß; mit dessen Inzision und Abheilung setzte die alte Erregung wieder ein.

Doch sind auch schon langdauernde Remissionen chronischer, rasche Heilungen akuter Psychosen auf diese Weise zustande gekommen, wenn auch immer zu berücksichtigen bleibt, daß wir ja bei der Unsicherheit der Prognose psychischer Störungen in keinem Fall genau sagen können, wie die Psychose ohne die interkurrente somatische Erkrankung verlaufen wäre.

Wenn wir von den alten Applikationen des Haarseils, des Kanthariden-pflasters und der Einreibungen mit Authenriethscher Salbe, wodurch Entzündungen und Eiterungen hervorgerufen wurden, absehen, so bleiben als moderne fiebererregende Prozeduren die Tuberkulin- und die Nukleininjektionen zu besprechen.

Die Erzeugung künstlichen Fiebers wurde zuerst 1887 durch v. Wagner auf empirischen Grundlagen empfohlen und durch seinen Schüler Boeck weiter ausgebaut. Er verwendete Tuberkulin und, in geringerem Umfang, Kulturen des Bacillus pyocyaneus; die besten Erfolge hatte er bei Amentia. Die Pyocyaneuskulturen haben sich als weniger wirksam bewährt, und es kamen Anfälle von Synkope nach ihrer Anwendung vor, so daß die Wiener Schule bei den Tuberkulineinspritzungen blieb. Boeck fand fast in allen Fällen nach der Tuberkulininjektion rasches Ansteigen des Körpergewichtes, oft Verbesserung des Schlafes. Als wirksam spricht er weniger das Fieber als solches an, als vielmehr die Steigerung des Stoffwechsels. Schultze hat, wie er mir mitteilte, 1894 Versuche mit subkutanen Injektionen von Deuteroalbumose, die für die Wirkung des Tuberkulins verantwortlich gemacht wurde, angestellt, doch mit geringem positivem Ergebnis. Die Methode der Tuberkulineinspritzungen wurde in der Folge nur noch zur Behandlung der progressiven Paralyse angewandt, so daß die Besprechung der Technik und weiteren Ergebnisse jenem speziellen Teil überlassen bleiben kann.

Eine erheblich größere Bedeutung darf die Behandlung mit Nuklein-injektionen beanspruchen. v. Mikulicz hat als erster festgestellt, daß von allen eine Hyperleukocytose hervorrufenden Mitteln die Nukleinsäure das beste und ungefährlichste sei; sie bewirkt nach Meisen stets sicher und ohne schädliche Nebenwirkungen eine Hyperleukocytose. Nach Fischer kann die Ursache ihres Erfolges, außer in der Hyperleukocytose, in der Bildung von Toxinen und Antitoxinen und in der Temperatursteigerung gesucht werden. An der Pickschen Klinik wurden Injektionen von ½ *g* in 10%iger Lösung jeden dritten bis fünften Tag gemacht, nur bei Paralytikern, mit ermutigendem Erfolg. Donath, der genaue Vorschriften über die anzuwendende Methodik gibt, glaubt durch die Temperatursteigerung und Hyperleukocytose gesteigerte Oxydation und damit Beseitigung giftiger Stoffwechselprodukte zu erzielen; er verbrauchte bei durchschnittlich 8 (3 bis 18) Injektionen durchschnittlich 8 *g* (3 bis 15) Natrium nucleinicum. Ob etwa Störungen des Nukleinstoffwechsels im Blut bei Krankheiten des Zentralnervensystems durch die Nukleinbehandlung in günstiger Weise beeinflußt werden, darüber läßt sich bei der noch hypothetischen Natur dieser ganzen Frage nichts Bestimmtes sagen.



Hauber hat in Rufach noch unveröffentliche Versuche mit Injektionen von nukleinsaurem Natrium gemacht, bei Paralysen und auch bei Verblödungspsychosen. Es erscheint danach unzweifelhaft, daß stürmisch verlaufende agitierte Paralysen durch diese Behandlung in der Regel ganz vorzüglich beeinflußt werden; furibunde und erschöpfte Paralytiker werden ruhiger, schlafen viel besser und erholen sich körperlich; auf psychischem Gebiete bessert sich vor allem die Orientierung, während die Größenideen sich weniger schnell beeinflussen lassen. Diese Besserung führt sehr häufig zu Remissionen. Die Erfolge bei Dementia praecox waren sehr unsicher, doch wurden bisher nur Fälle von negativistischem Stupor und Endzustände gespritzt, während nach den bei der Paralyse gemachten Erfahrungen sich die schwer erregten Katatonien vielleicht besser eignen; Versuche in dieser Richtung, die in der letzten Zeit ermutigende Resultate ergaben, sind im Gange.

Ich möchte aber nicht versäumen darauf hinzuweisen, daß wir nie die Nukleinbehandlung allein anwenden, sondern dieselbe außer mit Freiliegekuren, mit der Darreichung von Arsen und Eisen (als Arsenferratose) und, bei der Paralyse, mit Jodkali und Quecksilberpräparaten verbinden oder vielmehr alternieren lassen. Auch die alternierende Anwendung von Nuklein- und Enesolkuren, welch letzteres als salizylarsensaures Quecksilber die Arsen- und Quecksilberwirkung vereinigt, ist in geeigneten Fällen eines Versuches wert. Dies scheint mir besonders deshalb erwähnenswert, weil die Uchtspringer Schule die Erfolge der Nukleinbehandlung auf zufälligen Arsengehalt des benutzten Präparates zurückführt. Von diesem Standpunkt aus und etwa auch in der Absicht einer Beeinflussung des Nukleinstoffwechsels wird für die Therapie der Defektpsychosen ein Versuch mit der Darreichung von Nukleogen empfohlen, welches nach Hartwich nukleinsaures Arseneisen ist und zirka 15% Eisen, 7% Phosphor und 3% Arsen enthält.

Nach unserer Auffassung ist die Wirkung der Nukleinsäure in erster Linie eine roborierende, dann eine „mobilisierende“, aufrüttelnde. Ihre therapeutische Anwendung bei geistigen Störungen dürfte daher im wesentlichen eine vorbereitende, die Wirkung des wesentlichen Mittels — bei der Paralyse des Quecksilbers — ohne Nachteile ermöglichende und steigernde Bedeutung haben. Es gilt also für die Verblödungspsychosen dieses wesentliche Heilmittel erst noch zu finden; vielleicht empfiehlt es sich unter den Organpräparaten zu suchen und zu probieren.

Die Darreichung von Eisen und Arsen wird überall dort angezeigt sein, wo die psychische Störung durch Blutarmut, insbesondere durch schwere Blutverluste verursacht oder gesteigert ist, oder wo die Geisteskrankheit zu Anämie geführt hat. Die medikamentöse Behandlung tritt allerdings in diesen Fällen gegen die physikalisch-diätetische an Wichtigkeit und Wirksamkeit weit zurück. Doch hat uns die Darreichung von Arsenferratose bei all diesen Fällen häufig recht gute Dienste getan. Die lezithin- und phosphorhaltigen Präparate sollen Wachstum und Blutbildung günstig beeinflussen und können deshalb von einem gewissen Wert sein im Sinne einer Roborierung.

Peritz, von der Annahme ausgehend, daß gewissen Störungen des Nervensystems eine Lezithinverarmung zugrunde liege, empfiehlt auf Grund dieser Hypothese die Lezithindarreichung; doch sind diese Dinge noch zu ungeklärt,



um deshalb eine direkte Wirkung des Lezithins auf Veränderungen des Zentralnervensystems anzunehmen.

Im übrigen kommen zur Besserung den geistigen Zustand schädigender körperlicher Störungen je nach der Natur der letzteren alle möglichen Medikamente in Frage: Erwähnt seien hiervon die so häufig nötigen Laxantien, von denen in der Irrenpraxis das Oleum Ricini mit Recht sich besonderer Beliebtheit erfreut, daneben bei chronischer Darmträgheit die Tinctura rhei. Andererseits bei mangelndem Appetit neben den üblichen Gewürzen die Tinctura gentianae und der Kondurangowein.

Ähnlich wie bei der hydriatischen Behandlung kann man auch bei der medikamentösen den Mitteln, die die Gehirntätigkeit anregen, diejenigen gegenüberstellen, welche Beruhigung, Müdigkeit und Schlaf herbeiführen sollen. Auch hier kommt den Anregungsmitteln der Gehirntätigkeit in der Praxis eine relativ geringe Bedeutung zu. Zur Anwendung kommen Alkohol in kleinen Dosen, Koffein und Nikotin. Hiervon war bei der Besprechung der diese Gifte enthaltenden Genußmittel zur Genüge die Rede. Eine therapeutische Wirkung auf die intrapsychische Hypofunktion der gehemmten Kranken ist diesen Mitteln mit Ausnahme des Alkohols, der selten und dann nur ganz vorübergehend wirkt, nicht zuzuerkennen. Soweit Koffein und Alkohol, aber auch Äther und Kampfer bei Schwächezuständen indiziert sein können, richtet sich die Anwendung nach allgemeinen medizinischen Prinzipien; manches ist auch bei der Ernährungstherapie solcher Zustände gesagt worden. Depressionszustände, welche durch Störungen in der Herztätigkeit ausgelöst oder verschlimmert sind oder mit bedrohlichen Herzerscheinungen einhergehen, verlangen oft die Ordination von Digitalis- oder Strophantuspräparaten.

Einen erheblich breiteren Raum beanspruchen die symptomatisch auf psychische Erregung und Schlaflosigkeit wirkenden Mittel: die sogenannten Hypnotika, Sedativa und Nervina. Ihre Zahl ist von Jahr zu Jahr gewachsen. Von jedem neu auftauchenden Schlafmittel heißt es immer zunächst, es sei vortrefflich in der Wirkung und völlig unschädlich, bis die ersten Vergiftungsfälle bekannt werden. Wenn man von der Gruppe der Nervina absieht, welche mild und unschädlich sind, aber auch wirkungsschwach und unzuverlässig, so gilt für Schlaf- und Beruhigungsmittel der Satz, daß eine Wirkung, welche in jedem Fall eine Intoxikation bedeutet, nur möglich ist, wenn das Mittel „different" ist. Verschieden ist aber das Verhältnis zwischen Wirkungsgrad und Gefährlichkeit, und es werden diejenigen Beruhigungsmittel die empfehlenswertesten sein, welche die geringste Giftigkeit mit größtmöglicher Stärke des Effektes verbinden.

Man hat gelegentlich die Verabreichung von Schlafmitteln prinzipiell verworfen, da sie das Gehirn schädigten und so die Selbstheilungstendenzen desselben beeinträchtigten, hat die psychische Aufregung und ihre motorische Entäußerung in Vergleich gestellt mit dem Fieber als natürliche und gesunde Reaktion, welche nicht unterdrückt werden dürfe. Die Verabreichung von Schlafmitteln ist gar als „chemischer Restraint" in Paralelle gestellt worden mit dem mechanischen Restraint, der körperlichen Beschränkung des Geisteskranken. Wenn auch diese Analogie an einer erheblichen Oberflächlichkeit krankt, so ist doch nicht zu bestreiten, daß mit der wahllosen Unterdrückung



von Lärm und Unruhe durch chemische Mittel den Geisteskranken nicht ohne weiteres genutzt wird. Es wird also in jedem Fall, bevor Hypnotika verabreicht werden, zweierlei festgestellt werden müssen: einmal, ob die erstrebte Wirkung nicht auf andere Weise durch physikalisch-diätetische Maßnahmen (Separierung, Bäder usw.) oder durch normale Ermüdung (Körperarbeit) erzielt werden kann; dann ob der durch das Beruhigungsmittel zu erwartende Gewinn die möglichen Nachteile überwiegt. Auch Kreuser, der mit seinen Ausführungen die einstimmige Zustimmung der Versammlung der südwestdeutschen Psychiater fand, hält die Milderung schwerster Erregungszustände durch chemische Mittel im Interesse der davon betroffenen Kranken selbst wie deren Umgebung für geboten, wenn es nicht gelingt, durch das gesamte diätetische Regime, durch die Regelung der körperlichen Funktionen und durch die harmloseren physikalischen Mittel die Erregungserscheinungen genügend zu bekämpfen und besondere Ordinationen entbehrlich zu machen. Man müsse aber die Gefahren dieser Medikamente kennen und berücksichtigen.

Kobert bezeichnet als Narkotika eine Gruppe von Stoffen, „welche die Erregbarkeit des Zentralnervensystems nicht peripher, sondern zentral herabsetzen und dadurch Betäubung oder wenigstens Schlaf beziehungsweise Nachlaß von Schmerzen hervorrufen“. Er scheidet sie in solche, welche inhaliert, und in solche, die eingenommen oder eingespritzt werden.

Die ersteren, die Inhalationsanästhetika, welche eine tiefe Betäubung erzeugen, haben in der praktischen Psychiatrie keine erhebliche Bedeutung gewonnen. Man hat früher gelegentlich furibund erregten Geisteskranken die Chloroformmaske vor Mund und Nase gedrückt, um sie zu betäuben; doch ist man hiervon allgemein abgekommen in Anbetracht der Brutalität und der Gefährlichkeit der Prozedur, und da man mit modernen Injektionsmitteln bessere Ergebnisse auf mildere Weise erzielen lernte.

Die Hypnotika und Sedativa sollen nicht Bewußtsein und Empfindungsvermögen völlig aufheben, sondern lediglich Schlaf bringen und, wenn nötig, Schmerzen lindern. Die Wirkungsweise dieser Narkotika steht in Analogie mit dem Schlaf durch Ermüdung: wie durch körperliche und geistige Tätigkeit Ermüdungsstoffe von Toxincharakter gebildet werden, deren Zirkulieren Gehirn und Rückenmark lähmt, so ist Schlaf durch ein Schlafmittel nichts anderes „als Ermüdung gewisser Gehirnabschnitte durch ein von außen eingeführtes, den Ermüdungstoxinen des alltäglichen Lebens analog wirkendes Agens“ (Kobert). Es handelt sich also nicht um „chemischen Zwang“, sondern um Ersatz des natürlichen Schlafes und der natürlichen Ermüdung durch ein künstlich erzeugtes Surrogat derselben.

Es seien nun die verschiedenen Schlafmittel nach chemischer Konstitution und Wirkungsweise angeführt. Die Besprechung ihrer Anwendung soll, um Wiederholungen zu vermeiden, im Zusammenhang erfolgen.

Bei der Aufzählung der Schlafmittel folge ich im allgemeinen Kobert. Eine brauchbare Zusammenstellung der gebräuchlichsten chemischen Beruhigungsmittel mit Anweisungen für den praktischen Gebrauch und Rezeptur gibt Becker in seiner „Therapie der Geisteskrankheiten“.

1. **Alkohole** werden als Schlafmittel in Form von Bier, Wein, Punsch u. dgl. gegeben. Bei Depressionszuständen erzeugt der Alkohol zunächst Euphorie und danach Schlaf. Die Gefahr des Alkoholismus bei länger dauernder Darreichung ist bekannt.

**Isopral** oder Trichlorisopropylalkohol, weißes Kristallpulver, in Wasser schlecht, in Alkohol leicht löslich. 1·5 bis 3·0 in Tabletten. Reichlich Wasser nachtrinken; doch in diesen Dosen recht gefährlich in Anbetracht der Chlorkomponente.

**Amylenhydrat** oder Dimethyläthylkarbinol, wasserklare Flüssigkeit von gewürzigem, kampferartigem Geruch und brennendem Geschmack. Lähmt wie der Alkohol nach vorübergehender leichter Erregung; schränkt — wie Alkohol — den Eiweißzerfall ein, indem es statt der Körperbestandteile verbrennt. Dosis 2 bis 6 *g*. Auch als Klysma: 5 Amylenhydrat + 20 Muzilagogummi + 50 aqua. Ungefährlich. Kein Todesfall bekannt.

2. **Sulfone,** Methanderivate;

**Sulfonal** oder Diäthylsulfon = Dimethylmethan, Dose von 1 bis 2 *g*, Wirkung tritt erst nach mehreren Stunden ein, erstreckt sich infolge langsamer Ausscheidung noch in den nächsten Tag.

**Trional** oder Diäthylsulfon = Äthylmethylmethan, Dosen von 1 bis 2 *g*, Wirkung tritt schneller ein, dauert nicht so lang.

**Tetronal** oder Diäthylsulfon = Diäthylmethan.

Alle drei Mittel schwer löslich, Gefahr der Kachexie und Hämatoporphyrinurie; deshalb in viel Flüssigkeit nehmen. Gefahr der Kumulierung. Tetronal wenig gebräuchlich.

3. **Urethane,** Alkylester der Karbaminsäure.

**Urethan** oder Karbaminsäureäthylester, in Dosen von 1 bis 3 *g*, fast geschmack- und geruchloses Pulver, in Wasser sehr leicht löslich. Sehr schwache Wirkung, gefahrlos. Auch in der Kinderpraxis zulässig.

**Hedonal** oder Methylpropylkarbinolurethan, Dosen von 2 *g*. Angenehmes Schlafmittel, doch bei größeren Dosen nicht ungefährlich. (Albuminurie, Krämpfe, Aufregungszustände.)

4. **Barbitursäurederivate.**

**Veronal** oder Diäthylbarbitursäure, Dosen von 0·25 bis 1·0 *g*. Sehr gutes Schlafmittel, von E. Fischer 1902 gefunden und von v. Mering eingeführt. Intoxikationserscheinungen: Kopfschmerzen, Schlaftrunkenheit, Benommenheit, Sopor und Koma.

**Medinal** oder Veronalnatrium, Diäthylbarbitursaures Natrium, hat den Vorzug leichter Löslichkeit und kann daher auch subkutan verabreicht werden; doch hat es nach Munck keine Vorzüge vor dem Veronal und die subkutane Applikation ist unsicher und nicht unbedenklich; sie hat sich daher auch nicht eingebürgert.



**Proponal** oder Dipropylbarbitursäure, in Dosen von 0·25 bis 0·5 *g*, wie das vorige schwach bitter schmeckendes Pulver, in heißen wässerigen Flüssigkeiten löslich. Wenig in Gebrauch.

5. **Aldehyde.**

**Paraldehyd,** gewürzig riechende, unangenehm brennend schmeckende Flüssigkeit, in Wasser nur 1 : 10 löslich. Dosis 3 bis 9 *g*. Ausscheidung zum großen Teil durch die Lungen, wodurch die Ausatmungsluft 12 bis 36 Stunden nach Paraldehyd riecht. Darreichung am besten in wässeriger Lösung mit aromatischen Sirupen. Unschädliches, aber unangenehmes Schlafmittel. Nur für Irrenanstaltspraxis.

**Chloralhydrat,** das Hydrat des Trichloraldehyds. Farblose luftbeständige Kristalle, welche sich in Wasser und Alkohol leicht lösen, bitter kratzend schmecken und stechend riechen. 1831 von Liebig entdeckt, 1869 von Liebreich als Schlafmittel eingeführt. Die Chlorkomponente erhöht die narkotische Wirkung (wie im Chloroform), aber auch die Gefährlichkeit. Sehr starke und prompte Wirkung bei Dosen von 1 bis 3 *g*, auch bei Schmerzen. Gefahr durch Wirkung auf Herz, Gefäße, vasomotorisches und Atemzentrum. Wegen seiner Gefährlichkeit ist das Mittel trotz vorzüglicher Wirkung fast ganz außer Gebrauch; bei nicht ganz intaktem Herzen ist seine Anwendung direkt als Kunstfehler zu bezeichnen.

**Chloralformamid,** aus wasserfreiem Chloral und Formamid entstehendes Kondensationsprodukt. Neben- und Nachwirkungen geringer als beim Chloralhydrat, daher Dosis etwas höher. Wenig im Gebrauch. Ebenfalls wenig gebräuchlich sind

**Hypnal** oder Monochloralantipyrin und

**Somnal** oder Chloräthylurethan.

**Dormiol** oder Amylenchloral, wasserhelle, stechend riechende und brennend schmeckende Flüssigkeit. In Dosen von 1 bis 3 *g* sehr gutes Schlafmittel. Auch per Klysma mit Muzilagogummi.

6. **Opiumpräparate.**

**Opium,** der an der Luft eingedickte Milchsaft der unreifen Früchte des Papaver somniferum; soll getrocknet 10 bis 12% Morphin enthalten. In Dosen von 0·05 bis 0·15!, täglich bis 0·5! als Pulver.

**Extractum Opii,** aus Opium mit Wasser hergestellt, trockene rotbraune Masse, Maximaldosen wie bei Opium, für subkutane Verwendung, in Lösungen von 0·5 : 10·0.

**Tinctura opii simplex** und **crocata,** etwa 10% Opium enthaltend. Einzelgaben von 0·5 bis 1·5!, täglich 5!

**Morphinum hydrochloricum,** für unsere Zwecke fast nur subkutan, in 1%iger Lösung, 0·003 bis 0·03! pro dosi, 0·1! pro die.





Von den Derivaten des Morphins sind zu nennen:

**Codeinum phosphoricum** in Dosen von 0·02 bis 0·05, subkutan, aber auch als Pulver und Tabletten, schwächer wirkend und ungiftiger als Morphin.

**Dionin,** das salzsaure Salz des Morphinäthyläthers, ähnlich dem Kodein wirkend, und **Heroin,** der Diazetylester des Morphins, sehr gefährlich, in Dosen von 0·003 bis 0·005, sind für die psychiatrische Therapie ohne Bedeutung.

**Pantopon** enthält nach Sahli die Gesamtalkaloide des Opiums in leicht löslicher und auch zu subkutaner Injektion geeigneter Form. Pantopon „Roche", 1 bis 2 $cm^3$ in einer 2%igen Lösung zu injizieren, am besten morgens; oder als Pulver 0·02.

Die Opiate sind durchweg von schmerzlindernder und beruhigender Wirkung. Sie sind indirekte Schlafmittel, indem sie gegen Schmerzempfindungen, sodann gegen Reize überhaupt abstumpfen und so Schlaf erzeugen. Bei toxischen Gaben tritt tiefe Betäubung ein, mit zentral bedingter Pupillenverengerung, und eine verlangsamte, tiefe, schnarchende, unregelmäßige Atmung mit Zyanose; dazu Erweiterung des Gefäßsystems. Auf die Gefahren des chronischen Mißbrauches der Opiate, insbesondere den Morphinismus, kann hier nicht eingegangen werden.

7. **Atropin** in Dosen von 0·1 *mg* 2mal täglich, jeweils um 0·1 *mg* steigend bis zur Maximalgabe von 2 *mg* pro die, dann ebenso langsam zurückgehend. Von Hitzig für die Behandlung der periodischen Psychosen vorgeschlagen, durch Heinke in obiger Weise methodisch angewandt. Die Methode, welche nach Hitzig dem zu erwartenden Anfall vorbeugen sollte, ist theoretisch mangelhaft fundiert, die Erfolge sind völlig unsicher. Dabei ist die Atropinkur nicht ungefährlich. Diese Behandlungsmethode ist daher mit Recht aufgegeben.

8. **Scopolaminum hydrobromicum,** früher Hyoszin genannt, in Einzeldosen von 0·0005 bis 0·002!, wirkt wie Atropin auf die Pupillen erweiternd und lähmt die Akkommodation, und auch die Wirkung auf die Drüsen ist die gleiche (Trockenheit des Mundes). Im Gegensatz dazu werden aber die Vagusendigungen am Herzen durch kleine Skopolamindosen nicht wie beim Atropin gelähmt, sondern gereizt (Kobert), daher die relativ nicht sehr große Gefährlichkeit des Skopolamins; und während das Atropin heftige Erregungszustände zur Folge hat, so wirkt das Skopolamin auf die Psychomotilität lähmend und betäubend. Es ist das stärkste Beruhigungsmittel bei Tobsuchtszuständen, aber kein eigentliches Schlafmittel.

9. **Apomorphium hydrochloricum,** ein Zersetzungsprodukt des Morphins, eigentlich ein Brechmittel, beim Erwachsenen in subkutanen Gaben von 0·005 bis 0·01 als solches sicher wirkend, wird auch infolge einer mit der Nausea auftretenden betäubenden und kollabierenden Wirkung als Beruhigungsmittel bei aufgeregten Geisteskranken benutzt. Es erzeugt neben der Übelkeit Ausbruch kalten Schweißes, Schwäche und Zittern der gesamten Skelettmuskulatur und ist wohl eher ein Disziplinar- wie ein Schlafmittel, bei manchen Hysterischen und Degenerierten aber vielleicht nicht immer zu entbehren.

Wenn ich dem Vorgang Koberts und anderer folgend die Nervina von den Hypnotizis und Sedativis trenne, so bin ich mir bewußt, daß zwischen diesen

beiden Gruppen keine scharfe Grenze besteht und sie sich von den vorigen generell nur durch schwächere Wirkung unterscheiden, der Unterschied also weniger ein prinzipieller als ein gradueller ist. Diese Mittel wirken teils auf das sensible, teils auf das motorische Nervensystem erregbarkeitsvermindernd.

10. Am wertvollsten sind die Mittel der **Bromgruppe** durch Herabsetzung der zentralen Sensibilität und Reflexerregbarkeit. Bei sehr lange anhaltendem Gebrauch besteht die Gefahr der Bromintoxikation mit Abnahme von Intelligenz und Gedächtnis, Ernährungsstörungen und Somnolenz.

**Kalium bromatum,** scharf salzig schmeckende, in zwei Teilen Wasser lösliche Kristalle, innerlich grammweise, täglich bis zu 15 *g*.

**Natrium bromatum,** weißes, leicht lösliches Pulver, in den gleichen Dosen.

**Ammonium bromatum,** weiß, kristallinisch, löslich, ebensolche Ordination, sowie die bekannte

**Erlenmeyersche Mischung** von je zwei Teilen Bromkalium und Bromnatrium und einem Teil Bromammonium.

Von neueren Brompräparaten seien erwähnt **Bromipin,** Bromadditionsprodukt des Sesamöls, als Bromipinum fortius 33·3% Brom enthaltend, am besten in Tabletten à 1·2 = 0·4 Brom. Ferner die nach Zusammensetzung und hypnotisch-sedativer Wirkung eine Brücke zwischen Narkotizis und Nervinis bildenden:

**Neuronal** oder Bromdiäthylazetamid, enthält 41% Brom, wurde von Schultze in die psychiatrische Therapie eingeführt und ist nach Bumke in Dosen von 1·5 bis 3·0 ein gutes Hypnotikum und Sedativum für Epileptiker. Auch sonst bei ganz leichten Depressions- und Erregungszuständen recht brauchbar.

**Adalin** oder Bromdiäthylazetylkarbamid, in Dosen von 0·5 bis 1·5, ein vorzügliches und unschädliches mildes Hypnotikum und Sedativum. Es wird nach Beyerhaus die schlafmachende Wirkung der Harnstoffgruppe und der beiden Äthylgruppen verstärkt durch das eingeführte Bromatom, während andererseits

**Bromural** oder Monobromisovalerianharnstoff das Verbindungsglied zu der Gruppe der Baldrianpräparate darstellt. Es wird in Tabletten à 0·3 mehrmals täglich gegeben.

11. Schwächer in der Wirkung als die Brompräparate sind die **Valerianapräparate.** Pentzold bezeichnet sie als Linderungs-, nicht Heilmittel. Am meisten gebräuchlich sind:

**Tinctura valerianae,** 20 Tropfen mehrmals täglich,

**Valyl** oder Baldriansäurediäthylamid in Gelatinekapseln à 0·125, täglich 3 bis 10 Stück,

**Validol** oder Valeriansäurementholester, farblose Flüssigkeit, in Dosen von 10 bis 15 Tropfen mehrmals täglich,



**Bornyval** oder Borneoisovaleriansäurebornylester als Gelatineperlen à 0·25 mehrmals täglich 1 bis 2 Perlen.

Nach Kobert tritt nach Einnahme von Baldrianpräparaten nach kurzer meist unmerklicher Erregung eine beruhigende Wirkung ein. Auch die gefäßerweiternde Wirkung kann bei Kopfkongestionen ausgenutzt werden. Ebenso soll eine gewisse Herabsetzung der Reflexerregbarkeit von Wert sein.

Ein pflanzliches Nervinum ist auch die

12. **Asa foetida,** von höchst widerwärtigem Geruch, als Tinktur mehrmals täglich 20 bis 30 Tropfen, selten angewandt.

13. Schließlich dürfen auch noch einige Fiebermittel, insbesondere **Antipyrin, Pyramidon** (0·3 bis 0·5) und **Aspirin** (mehrmals täglich 1·0) in der psychiatrischen Therapie eine gewisse besondere Bedeutung beanspruchen, da psychische Störungen häufig von Kopfschmerzen begleitet sind, und deren Beseitigung oft symptomatisch lindernd wirkt, vor allem bei infolge von Kopfschmerzen auftretenden Exazerbationen von subakuten Halluzinosen.

Im Anschluß an diese Aufzählung der zahlreichen Schlaf- und Beruhigungsmittel will ich nun versuchen darzulegen, wie nach fremder und eigener Erfahrung die Anwendung dieser Arzneimittel in zweckmäßigster und ungefährlichster Weise erfolgen kann. Die Narkotika werden durchweg sowohl als Schlafwie als Beruhigungsmittel gegeben. Im ersten Fall sollen sie einen mehrstündigen ruhigen und festen Schlaf erzeugen, möglichst ohne lästige Nachwirkungen, während in sedativer Absicht nur eine allgemeine Beruhigung ähnlich derjenigen wie sie Separierung und Bäder herbeiführen erreicht werden soll. Generell kann man sagen, daß, um Schlaf zu erzeugen, einmalige große Dosen, zum Zwecke der allgemeinen Beruhigung aber mehrmalige kleinere Quanten verordnet werden. Letztere betragen in der Regel ein Viertel bis höchstens die Hälfte der schlafmachenden Menge. Wenn die physikalisch-diätetischen Mittel, welche in erster Linie zu versuchen sind, versagen, so kommen zunächst die eigentlichen Nervina in Frage, und zwar bei hysteriformen Erregungen, wie bei allen Aufregungszuständen psychogener Natur die Valerianapräparate, bei manchen schweren hysterischen Erregungen vielleicht auch gelegentlich die Asa foetida. Ist eine ärgerlich-reizbar-querulierende Aufregung zu behandeln, so wird man vor allem die Brompräparate wählen, wobei man selten genötigt sein wird, zu den neuen Mitteln zu greifen, da in der Regel das alte erprobte Bromkalium und Bromnatrium und die Erlenmeyersche Mischung ausreichen werden. Als ganz vorzüglich geeignet zur Behandlung leichter Reizzustände dieser Art hat sich das Neuronal erwiesen, welches mit der Bromwirkung in glücklicher Weise eine leichte narkotisierende Wirkung verbindet. Ist die Erregung eines Geisteskranken aus endogenen und exogenen Komponenten gemischt und dabei ganz leichter Natur, so wird das zwischen der Brom- und der Baldrianwirkung stehende Bromural die besten Dienste leisten. Für die sedative Behandlung ängstlicher Erregungszustände wird die bekannte Opiumtherapie, selten auch die Bromopiumkur nach Flechsig, angewandt. Ich habe von der Opiumtherapie kaum je greifbare Erfolge gesehen, sie aber als eine der wenigen



systematischen Behandlungsweisen, über die wir verfügen, doch immer wieder versucht. Bei melancholischen Kranken kann man oft mit Vorteil frühmorgens nach dem Erwachen 0·02 Pantopon intern oder subkutan verordnen. Heymann schätzt mit Recht, daß man das Pantopon subkutan und infolgedessen auch bei widerstrebenden Kranken ohne Gefahr plötzlicher Unterbrechung der Behandlung geben kann, doch sind wir öfter durch nach der Pantoponverabreichung einsetzendes Erbrechen von der Fortsetzung dieser Therapie abgehalten worden.

Unter den eigentlichen Narkotizis ist das außerordentlich starkwirkende, aber sehr gefährliche Chloralhydrat fast völlig außer Gebrauch gekommen; nur bei furibunden Erregungszuständen, bei welchen alle anderen Mittel versagen, wird man es noch gelegentlich anwenden, vorausgesetzt, daß das Herz und das Gefäßsystem völlig intakt sind. Wenn wir von den alkoholischen Getränken, die als milde Schlafmittel bei leichten Depressionszuständen mit Recht beliebt sind, absehen, so werden zurzeit insbesondere folgende Schlafmittel verordnet: Sulfonal, Trional, Paraldehyd, Amylenhydrat, Dormiol, Veronal und Adalin.

Alle diese Mittel gelten sowohl als Sedativa wie als Hypnotika. Das gefährlichste ist das Sulfonal wegen seiner stark toxischen und kumulierenden Wirkung. Es empfiehlt sich nur bei chronisch unheilbaren Kranken, um eine allgemeine Abstumpfung zu erzielen, in erster Linie zur Bekämpfung vorübergehend auftretender Zerstörungssucht, in Dosen von 2·0 pro Tag, aber auf keinen Fall länger als 5 bis 6 Tage hintereinander. Dagegen ist das ihm nahverwandte Trional in Dosen von 1·0 bis 2·0 noch immer ein mit Recht geschätztes und bei einigermaßen vorsichtiger Verordnung ungefährliches Schlafmittel. Ganz unschädlich und von rasch einschläfernder Wirkung ist das Paraldehyd, aber wegen seines schlechten Geschmacks mehr für verblödete Kranke geeignet. Es ist in Anbetracht seiner Billigkeit das Hauptschlafmittel für die Anstaltspraxis. Von Alkoholisten wird es wegen der Ähnlichkeit seines Geschmackes mit schnapsartigen Getränken besonders gern genommen, vielleicht aber gerade deshalb diesen Kranken besser nicht gegeben. Amylenhydrat ist ebenfalls ein gutes und unschädliches Schlafmittel, von etwas stärkerer Wirkung als das Paraldehyd, in Dosen von 3 bis 4·0 vielfach gut verwendbar, insbesondere auch für die Darreichung als Klysma. Ähnlich wirkt das Dormiol, ein gutes, sicheres und angenehmes Schlafmittel, nicht teuer und für die Anstaltspraxis sehr empfehlenswert. Eine bevorzugte Stellung hat sich in der letzten Zeit das Veronal erobert, welches außerordentlich angenehm und bei nicht zu schweren Erregungszuständen auch ziemlich sicher wirkt. Man ist selten genötigt, mehr als 0·5 *g* auf einmal zu geben, kann aber unbedenklich bis zu 1·0 gehen. Bei großen Dosen besteht jedoch die Gefahr äußerst unangenehmer und auch nicht ungefährlicher rauschartiger Zustände. Das ganz neue Adalin ist angenehm, aber schwächer in der Wirkung und nur für leichte Aufregungszustände genügend. Es ist ein vorzügliches Sedativum in Dosen von 0·5 mehrmals täglich bei leichten Verwirrtheits- und Depressionszuständen. Als Schlafmittel gibt man 1·0 bis 1·5[1]).

[1]) In der letzten Zeit ist ein neues Schlafmittel Luminal, ein weißes, geschmackfreies Pulver, von verschiedenen Seiten empfohlen worden. Es ist Phenyläthylbarbitursäure, unterscheidet sich also vom Veronal dadurch, daß an Stelle der einen der beiden Äthylgruppen des Veronals eine Phenylgruppe steht. Das Luminalnatrium ist



Um bei furibunden, zwangsmäßigen Erregungszuständen für mehrere Stunden mit Sicherheit Ruhe zu schaffen, im Interesse des von der Erregung betroffenen Kranken sowohl wie seiner Umgebung, haben wir in dem Skopolamin ein hervorragendes Mittel; bei schwächlichen Personen, insbesondere Frauen, gibt man ½ bis 1 *mg*, bei stärkeren männlichen Kranken 1 bis 2 *mg* subkutan. Die innerliche Darreichung empfiehlt sich weniger, da sie sehr unsicher in der Wirkung ist. Ich verwende sie gelegentlich bei aus innerem Zwang zerstörungssüchtigen Kranken zur allgemeinen Abstumpfung in Dosen von 2 bis 3 *mg*. Da die Skopolamineinspritzung mit fast absoluter Sicherheit für mehrere Stunden auch bei den schwersten Tobsuchtszuständen völlige Beruhigung erzielt, so ist sie die ideale Medikation für den Transport der Geisteskranken aus der Familie oder dem Krankenhaus in die Irrenanstalt. Erst seit wir dieses Mittel haben, fängt das Bild des in der Zwangsjacke oder an Händen und Füßen gebunden in die Anstalt gebrachten Geisteskranken allmählich an, der Vergangenheit anzugehören. Man muß darauf achten, gleich eine ausreichende Dosis zu geben, welche bei einiger Übung nicht schwer zu bestimmen ist. Der Praktiker wird unter richtiger Abschätzung des Kräftezustandes, der Herztätigkeit und des Grades der Erregung mit ziemlicher Sicherheit die gerade ausreichende Dosis treffen. Nach der Einspritzung darf man den Kranken nicht herumlaufen lassen, da sich sonst die Wirkung verliert und die nach der Einspritzung taumlig werdenden Kranken auch Gefahr laufen, hinzustürzen und sich zu verletzen. Man muß vielmehr diese Kranken 15 bis 20 Minuten lang bis zum Eintritt völliger Beruhigung durch das Personal festhalten lassen.

Insbesondere bei ängstlichen, erregten Kranken, aber auch sonst empfiehlt es sich, der Skopolaminspritze ein Zentigramm Morphium, aber nicht mehr, zuzusetzen, was die Wirkung verbessert und die unangenehmen Begleiterscheinungen, vor allem die Trockenheit im Halse, mindert. Da die Skopolamindarreichung die Psychomotilität lähmt und erst indirekt durch die eintretende allgemeine Muskelerschlaffung Schlaf erzeugt, so wird sie von besonnenen Kranken, die unter der Herrschaft eines auf ein bewußtes Ziel gerichteten Bewegungsdranges stehen, bei Manischen, Paranoischen, leicht als Zwang empfunden und sollte daher im allgemeinen auf zwangsmäßige Erregungszustände beschränkt bleiben. Die Kombination Skopolamin-Pantopon hat vor derjenigen mit Morphium keinerlei Vorzüge und ist deshalb entbehrlich. Noch viel brüsker als das Skopolamin wirkt das Apomorphin. Es ist deshalb mit Recht aus der praktischen Therapie fast ganz verschwunden und wird nur noch als eine Art Disziplinarmittel bei schwersten auf andere Weise nicht beeinflußbaren hysterischen Erregungszuständen gelegentlich gebraucht.

---

im Wasser sehr leicht löslich und deshalb zu subkutaner Injektion geeignet. Geißler rühmt ihm unter anderem folgende Vorzüge nach: sicher und prompt schlafmachende Wirkung; keine Neben- und Folgeerscheinungen; die Möglichkeit der internen und subkutanen Anwendung; Beeinflussung der schwersten Erregungszustände. Die Dosis schwankt zwischen 0·2 und 0·8 *g*, die üblichste Dosis ist 0·3 bis 0·4 *g*. Der Schlaf tritt nach zirka einer Stunde ein und dauert etwa acht Stunden; bei subkutaner Verabreichung erfolgt die Wirkung langsamer. Löw empfiehlt die Kombination von Luminalnatrium (0·4 bis 0·8 bis 1·0) mit Morphin (0·01 bis 0·02) an Stelle von Hyoscin. Gegenindikationen sind chronische Luftröhrenkatarrhe und schwere Arteriosklerose.



Manchmal ist es empfehlenswert, anstatt ein einzelnes Schlafmittel zu geben, mehrere derselben zu kombinieren, um die Wirkungen beider zu vereinigen und die Dosis jedes einzelnen geringer ansetzen zu können. Eine brauchbare derartige Kombination ist Paraldehyd-Sulfonal oder Paraldehyd-Trional, wobei das Paraldehyd ein schnelles und tiefes Einschlafen herbeiführt, und das Sulfonal oder Trional, das auf längere Zeit hinaus schläfrig macht, für Fortdauer des Schlafes auch bei vorübergehenden Störungen, wie sie oft auf unruhigen Abteilungen nicht zu vermeiden sind, Sorge trägt.

Allen narkotischen Mitteln ist gemeinsam, daß sie bei längerer Darreichung in ihrer Wirkung nachlassen, daß man also, um einen Erfolg zu erzielen, in der Dosis steigen müßte, wodurch die Gefahr der Kumulierung und Vergiftung nähergerückt wird. Man sollte daher keines dieser Mittel längere Zeit hindurch ununterbrochen geben, sondern entweder längere schlafmittelfreie Zeiten einschieben oder, wo sich dies verbietet, zum mindesten unter Medikamenten verschiedenster chemischer Konstitution, welche nicht zusammen kumulieren, abwechseln. In der Anstaltspraxis macht man oft die Erfahrung, daß trotz Häufung der Schlafmittelverordnungen auf unruhigen Abteilungen die Zahl der aufgeregten und lärmenden Kranken eher zu als abnimmt, daß andererseits, wenn man plötzlich alle Schlafmittel wegläßt, die Verhältnisse sich nicht ungünstiger gestalten. Man kann dann sagen, daß die Abteilung als Ganzes sich einem gewissen Arznei-Standard adaptiert hat und hierauf nicht mehr reagiert. Ich habe es daher immer probat gefunden, von Zeit zu Zeit alle Schlafmittel auszusetzen, unter Kupierung der schwersten Erregungszustände mit Hilfe von Skopolamineinspritzungen, um dann erst langsam mit Arzneiverordnungen wieder anzufangen. Auf diese Weise erzielt man mit kleineren Mengen wieder bessere Wirkungen, und es wird einer übertriebenen Steigerung des Schlafmittelverbrauches, welcher sicher von Nachteil wäre, vorgebeugt.

Bei richtiger und vorsichtiger Anwendung der narkotischen Mittel wird man von unangenehmen Erfahrungen verschont bleiben. Ich habe bis jetzt keinen Fall von Schlafmittelvergiftung erlebt, trotz ziemlich reichlicher Anwendung. Die Verordnung von Schlafmitteln ist aber doch außerordentlich wertvoll. Extreme Erschöpfungen durch Tag und Nacht andauernde Tobsucht und durch Schlaflosigkeit werden vermieden, depressiven Kranken die Qual der Schlaflosigkeit gelindert und das Leben auf den Abteilungen für Unruhige geordneter und sozialer gestaltet. Bei prinzipieller Vermeidung aller narkotischen Mittel kann die Unruhe, zumal wenn gleichzeitig aus prinzipiellen Gründen wenig oder gar nicht isoliert wird, einen derartigen Grad erreichen, daß der Aufenthalt in unruhigen Abteilungen für noch einigermaßen auffassungsfähige Kranke zur Hölle wird. So ist hier also die wohl wertvollste Wirkung dieser narkotischen Mittel eine Beeinflussung des Milieus, d. h. auf den unruhigen Abteilungen können nur mit ihrer Hilfe die Verhältnisse so gestaltet werden, daß die Anstalt als solche eine Heilwirkung ausüben kann, während bei Verzicht auf Schlaf- und Beruhigungsmittel nicht selten das Gegenteil der Fall wäre, so daß man nicht von einer therapeutischen, sondern von einer antitherapeutischen Wirkung der Anstaltsbehandlung sprechen müßte. Deshalb möchte ich die Narkotika bei der Behandlung geistiger Störungen nicht missen.

---



# Chirurgische Therapie.

Eine direkte chirurgische Behandlung des materiellen Substrats psychischer Störungen kann es nur bei denjenigen Geisteskrankheiten geben, welche auf Gehirnkrankheiten umschriebener Natur beruhen, also bei Hirntumoren und Hirnabszessen. Hier wird durch Entfernung der Geschwulst oder Eröffnung des Abszesses mit der Beseitigung der Herdsymptome auch eine Heilung oder Besserung der begleitenden psychischen Störungen erzielt werden können. Auf Einzelheiten kann hier nicht näher eingegangen werden. Da aber die geistigen Störungen im allgemeinen, auch die mit nachweisbaren organischen Veränderungen des Gehirnes einhergehenden, ihre materielle Grundlage in diffusen, nicht lokalisierbaren Veränderungen der Gehirnsubstanz oder der Gehirnfunktionen haben oder haben müssen, so sind bei diesen für ein chirurgisches Eingreifen keinerlei Voraussetzungen gegeben. Die Gehirnchirurgie spielt also in der Behandlung der Psychosen keine wesentliche Rolle.

Im allgemeinen wird die chirurgische Tätigkeit des Irrenarztes in der Anstalt nach Naecke nicht über das Maß dessen hinausgehen, was auch ein praktischer Arzt auszuführen imstande ist. Für die große Chirurgie wird er sich nicht scheuen, einen Spezialarzt heranzuziehen, wenn es nicht etwa für ganz große Anstalten möglich ist, unter den Anstaltsärzten einen ausgebildeten Chirurgen zu haben. Da viele zu operierende Geisteskranke wegen ihres geistigen Zustandes nicht in ein chirurgisches Krankenhaus transportiert werden können, sollte jede größere Irrenanstalt einen Operationssaal mit den nötigen Nebenräumen besitzen.

Es bliebe nun die Frage zu besprechen, ob etwa von anderen, chirurgisch angreifbaren Teilen des Körpers aus psychische Störungen verursacht oder verschlimmert werden können, sei es auf reflektorischem Wege, sei es, daß auf das Zentralnervensystem toxisch wirkende Stoffwechselprodukte durch pathologisch funktionierende Körperorgane erzeugt würden. Die Frage der Reflexpsychosen und der Reflexpsychoneurosen ist mit anderen Fragen der allgemeinen medizinischen Ursachenlehre den Schwankungen der medizinischen Zeitanschauungen unterworfen; man steht jetzt der reflektorischen Auslösung solcher Störungen ziemlich skeptisch gegenüber. Eher entspräche es dem medizinischen Zeitgeiste, toxische Produkte kranker Organe ätiologischen Zusammenhanges mit psychischen Störungen zu beschuldigen.

Hier steht in erster Linie die Frage, ob durch Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane psychische Störungen verursacht und durch Behandlung dieser Erkrankungen, insbesondere durch chirurgische Behandlung geheilt werden können. In Deutschland ist es insbesondere der Gynäkologe B. S. Schultze, welcher auf die Resultate von Hobbs und neuerdings von Bossi sich stützend, die Untersuchung aller weiblichen Geisteskranken vor oder bei der Aufnahme in die Irrenanstalt eventuell in Chloroformnarkose vorschlägt und sich von einer gynäkologischen Behandlung psychischer Störungen in weitestem Umfange glänzende Erfolge verspricht. Die Ergebnisse, über welche Hobbs berichtet, sind aber nichts weniger als überzeugend, und es liegt keinerlei Grund vor anzunehmen, daß die angeführten Besserungen und Heilungen irgendwie mit den vorgenommenen Operationen zusammenhingen. Ist es doch nirgends so schwer wie gerade in der Psychiatrie, das post hoc und das propter hoc auseinander zu halten, und was Hobbs und mit ihm Schultze durch Operation erreicht haben wollen, könnte wohl ebensogut im natürlichen Entwicklungsverlaufe der Geistesstörungen selbst begründet gewesen sein. Jeder Psychiater weiß, wie sehr hier weitgehendste Skepsis am Platze ist. Wenn manche psychische Störung im Anschluß an einen operativen Eingriff besser geworden ist, so muß man vor allem den psychisch-suggestiven Einfluß einer solchen Maßnahme in Betracht ziehen; es werden also in der Regel Hysterische sein, welchen ein solcher Eingriff Hilfe bringt. Bei anderen Psychosen glaube ich nicht an einen Erfolg operativer Therapie von der Genitalsphäre aus.

Anderseits darf man aber auch nicht die sehr schwerwiegenden Bedenken vergessen, welche einer prinzipiellen innerlichen gynäkologischen Untersuchung weiblicher Geisteskranken und einem sich anschließenden chirurgischen Eingreifen entgegenstehen. Vor allem trifft dies bei Psychosen mit psychogenen Symptomen zu. Vielfach sind die auf die Genitalien lokalisierten Beschwerden unserer Kranken hypochondrisch bedingt, und selbst wenn unbedeutende Veränderungen im Uterus oder seinen Adnexen da sein sollten, werden die dadurch verursachten Schäden oft maßlos übertrieben und wahnhaft verfälscht. In solchen Fällen wird nun durch das intensive Eingehen des Arztes auf die gynäkologischen Störungen, die Untersuchung und gar die Operation die Aufmerksamkeit der Kranken gerade darauf hin gelenkt, während eine Ablenkung durch Ignorierung das Gegebene gewesen wäre. Solche Beschwerden sind psychotherapeutisch zu behandeln, und mit den von den Verfechtern der gynäkologisch-chirurgischen Therapie vorgeschlagenen Maßnahmen wirkt man geradezu antitherapeutisch. Es ist eine ähnliche Überschätzung des Somatisch-sexuellen als Ursache psychischer Störungen, wie sie von Freud und seiner Schule für die psychisch-sexuelle Sphäre verkündet wird, und wie sich die überwiegende Mehrzahl der Psychiater gegen die Freudschen Theorien ablehnend verhält, so ist es auch gegenüber den Schultzeschen Vorschlägen mit Recht der Fall. Liegen schwerere Störungen der Genitalorgane vor, welche zu Schmerzen oder körperlicher Erschöpfung führen und auf weniger eingreifende Weise nicht behoben werden können, dann wird man allerdings zu chirurgischen Maßnahmen greifen müssen.

Die Kastration oder Sterilisation durch Durchschneidung der Eileiter oder Samenstränge, welche nach den Angaben von Oberholtzer in der Schweiz in letzter Zeit mehrfach vorgenommen worden ist und auf deren Be-



rechtigung vom juristischen Standpunkt aus ich hier nicht eingehe, kann zweierlei Zwecke verfolgen: individuelle und soziale. Einmal kann angestrebt werden, Geisteskranke von krankhaften erotischen Trieben zu befreien und damit ihren Zustand symptomatisch zu bessern, was gelegentlich gelungen sein soll; dann ist diese Operation vorgenommen worden, um unheilbare Kranke, und zwar geistesschwache Kindsmörderinnen und Sexualverbrecher, welche sonst für ihr ganzes Leben in der Anstalt hätten bleiben müssen, entlassen zu können. Ferner hat man rasseverbessernde Bestrebungen damit realisieren wollen, indem man schwer pathologische Persönlichkeiten durch diese Operation von der Fortpflanzung ausschließen wollte. Diese Indikation gehört in das Gebiet der Prophylaxe und ist dort besprochen worden. Da in Europa noch überall die gesetzlichen Voraussetzungen für derartige Operationen fehlen, da zudem ihre Indikationsstellung noch wenig klar und ihre möglichen Erfolge recht zweifelhafter Natur sind, indem auch nach diesen Operationen die krankhaften Neigungen in der Regel bestehen bleiben, und die Möglichkeit einer Schädigung anderer Personen auch nach Kastration oder Sterilisation nicht ausgeschlossen erscheint, so wird man diese Form der Therapie bis auf weiteres als eine Frage der Zukunft auf sich beruhen lassen dürfen.

Eine gewisse innerliche Verwandtschaft mit diesem Problem hat die Frage des künstlichen Aborts zu Zwecken der psychiatrischen Therapie. Von Jolly zunächst für gewisse Fälle empfohlen, da die Schwangerschaft eine ungünstige Komplikation mancher psychischer Störungen darstelle und deshalb durch ihre Beseitigung die Heilungsmöglichkeiten verbessert würden, begegnet dieser Eingriff doch im großen ganzen überwiegender Ablehnung, da nach den geltenden Gesetzen nur dann die Einleitung des künstlichen Aborts als zulässig erscheint, wenn ein lebensbedrohender Zustand der Mutter bereits eingetreten oder mit Sicherheit zu erwarten sei, und auf weniger eingreifende Weise nicht geholfen werden könne. Bei dem künstlichen Abort geisteskranker Frauen handelt es sich aber, wenn man von den nervösen Zuständen der Hyperemesis und der Chorea gravidarum absieht, lediglich um den Versuch einer Verbesserung der Genesungschancen und nicht um eine indicatio vitalis. Aber selbst wenn man sich über diese juristischen Bedenken hinwegsetzen wollte, so steht fest, daß heilbare Psychosen auch ohne Unterbrechung der Schwangerschaft in Genesung übergehen, und Verblödungspsychosen auch trotz Unterbrechung zu unheilbaren Schwächezuständen führen; die Psychose läuft weiter, unbekümmert um Fortgang oder Unterbrechung der Schwangerschaft und folgt ihren eigenen Gesetzen. Das gibt auch Friedmann zu, daß bei „echten" Psychosen der künstliche Abort ohne Bedeutung sei. Er empfiehlt ihn aber bei psychogenen atypischen Erregungszuständen ängstlicher Natur, wo eine psychopathische Reaktion auf die Gravidität vorliegt im Sinne einer Überwertigkeit des damit verbundenen Komplexes mit darauffolgendem stürmischen Suiziddrang. Solche Personen seien nicht ausgesprochen geisteskrank, deshalb solle man sie nicht in Anstalten bringen, und ohne Internierung könnten die Suizidgedanken nur durch die Einleitung des künstlichen Aborts beseitigt werden. Mir scheint das eine sehr bedenkliche Indikationsstellung. Abgesehen davon, daß in solchen Fällen Anstaltsbehandlung das einzig Richtige ist, so würden bei der verbreiteten Angst vor dem Kinde zahlreiche hysterisch veranlagte Frauen und Mädchen



in hysterische „Wunschpsychosen“ verfallen, und des Operierens wäre kein Ende. Alzheimer bespricht die Frage, ob man, wenn sich an eine erste Schwangerschaft eine Psychose angeschlossen hat, welche günstig verlief, bei einer wiederholten Gravidität aus prophylaktischen Gründen diese unterbrechen soll. Er kommt aber zu einer Ablehnung in Anbetracht der Unsicherheit der Voraussage in solchen Fällen, da ein Rezidiv trotz Gravidität ausbleiben und trotz künstlichen Aborts eintreten kann. Auch mit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei geisteskranken, geistesschwachen oder epileptischen Frauen zum Zwecke der Vermeidung minderwertiger Nachkommenschaft kann sich Alzheimer nicht einverstanden erklären in Anbetracht der Unsicherheit der Vererbungsgesetze.

---

# Fürsorge außerhalb der Anstalt.

## a) Familienpflege.

Die Definition des Begriffes Familienpflege ist nicht ganz unbestritten. Alt, welcher auf diesem Gebiet in Deutschland Autorität ist, versteht darunter die „Unterbringung eines Geisteskranken gegen angemessene Vergütung in einer fremden Familie, welche im Umgange mit derartigen Kranken besondere Erfahrung und Geschicklichkeit besitzt ..." Danach gehört also zum Begriff der Familienpflege die fremde — nicht die eigene — Familie, und die Vergütung.

Moeli unterscheidet drei Arten von Familienpflege:

1. Familienpflege ohne jede Beziehung zur Anstaltsbehandlung.
2. Familienpflege als Ansiedlung größerer Mengen Geisteskranker in ausgewählten Bezirken mit einer nur für Ausnahmefälle bestimmten Anstalt.
3. Familienpflege, die sich an die gewöhnliche Anstaltsbehandlung anschließt.

Die erste Form findet sich am verbreitetsten in Schottland, wo sie mehr den Charakter der Armenpflege unter fachärztlicher Beihilfe und Überwachung trägt; in Schottland stehen alle Geisteskranken, die innerhalb und außerhalb der Anstalten befindlichen, unter staatlicher, psychiatrischer Kontrolle. Die zweite Form herrscht in Belgien (Gheel, Lierneux), in Frankreich (Dun-sur-Auron) und in der Provinz Sachsen (Jerichow), durch Alt eingeführt. Die dritte Form haben sich viele deutsche Anstalten angegliedert, nach Kolb über die Hälfte aller Anstalten, ohne daß sie im allgemeinen einen größeren Umfang erreicht hätte, vielfach lediglich als Übergang zur Freiheit. Nur Moeli hat in Herzberge von dieser Form der Familienpflege in erheblicherem Maße Gebrauch gemacht. Die Inpflegegabe wird als Entlassung betrachtet und angezeigt, obgleich die Kosten auf den Anstaltsetat gehen. Es ist also mehr eine versuchsweise Entlassung unter geschütztere Verhältnisse mit Fortdauer einer gewissen psychiatrischen Überwachung; wir werden auf diese Form und ihre Aussichten bei der Frage der Irren-Hilfsvereine nochmals zu sprechen kommen.

Die Familienpflege im engeren Sinne, zentralisiert, bei fremder Familie, ist in Deutschland zuerst durch Engelken in Rockwinkel bei Bremen eingeführt, dann von Wahrendorff in Ilten weiter ausgebildet worden. In Uchtspringe hat Alt zunächst mit dem Neubau eines Wärterdörfchens die Pflege von Geisteskranken in den Familien verheirateter Pfleger zu verbinden gewußt.



Über die Frage, ob man Geisteskranke in Pflegerfamilien geben soll, sind die Ansichten geteilt. Man rühmt an dieser Methode, daß diese Pflegerfamilien, in welchen oft auch die Frau frühere Pflegerin ist, die bestmögliche Vorbildung für die Pflege Geisteskranker mitbringen, andererseits sollte aber gerade der Pfleger, welcher den ganzen Tag von Berufs wegen den Geisteskranken sich zu widmen hat, in seiner Häuslichkeit nichts mit denselben zu tun haben. Sicher ist die Inpflegegabe von Kranken bei Pflegerfamilien ein geeigneter Anfang und ein gutes Beispiel für weitere Versuche auf diesem Gebiete.

Alt spricht sich dagegen aus, die Familienpflege an moderne Riesenanstalten anzugliedern, da der leitende Arzt dieser Anstalten nicht die nötige Zeit habe, um dieser Form der Versorgung sich mit der nötigen Intensität zu widmen. Tatsächlich hat die Familienpflege, wo sie sich an große Anstalten angeschlossen hat, nirgends einen erheblichen Umfang erreicht. Dagegen hat die Familienpflege in der Provinz Sachsen, wo nach den Vorschlägen von Alt als Zentrale ein Landesasyl von verhältnismäßig geringer Größe erbaut wurde, welches als Durchgangsstation und „Infirmerie“ für vorübergehende Aufregungszustände und körperliche Erkrankungen und dann noch als Pflegeanstalt für harmlose chronische Geisteskranke zu dienen hat, in Jerichow, eine derartige Ausdehnung genommen, daß sie einen immerhin in Betracht kommenden Teil der dortigen Irrenversorgung ausmacht.

Es werden vor allem die finanziellen Vorzüge der Familienpflege betont. Alt gibt an, daß das Pflegegeld die Summe von 1 M. pro Tag und Kopf nicht übersteige; so billig kann allerdings in keiner Heil- und Pflegeanstalt ein Kranker versorgt werden. Auch fallen für die in Familienwohnungen untergebrachten Geisteskranken die Baukosten weg. Bei den schweren Lasten, welche die Irrenfürsorge den öffentlichen Verbänden auferlegt, ist dieser finanzielle Gesichtspunkt der lebhaftesten Beachtung wert.

Unumgängliche Voraussetzung für die Einrichtung einer lebensfähigen und segensreichen Familienpflege ist nach Alt deren Installierung in einer ländlichen Gegend, mit einer Bevölkerung von redlichen Menschen freundlicher und geduldiger Gemütsart, von einer gewissen Intelligenz und mittlerem Wohlstand. Die Familie sollte ein eigenes, wenn auch kleines Anwesen haben mit Hof, Viehstand und Garten. Am besten eignen sich kleine Landstädtchen, die einst bessere Zeiten gesehen und infolgedessen mehr Raum haben, als die an Zahl und Wohlstand zurückgegangene Bevölkerung bedarf. Kleine Handwerker, Förster, Unterbeamte werden allgemein als die geeignetsten Pfleger betrachtet. Diese Menschen werden auch von dem baren Gelde, welches als Pflegegeld in die Familie kommt, besonderen Nutzen haben. Vertrauenspersonen in den einzelnen Ortschaften sollen Pflegefamilien gewinnen, heranbilden und überwachen. Von dem Asyl aus werden die Geisteskranken regelmäßig ärztlich überwacht und besucht, von dort wird ihnen Leib- und Bettwäsche geliefert, während die Einrichtung ihres Zimmers zweckmäßigerweise Sache der Familie ist. Nicht mehr als 1 oder höchstens 2 Pfleglinge sollen in einer Familie sein.

Ist die Familienpflege in dieser Weise gewählt und durchgeführt, dann sollen, wie Alt angibt, bis zirka 25% der versorgungsbedürftigen Geisteskranken für diese Form der Irrenpflege geeignet sein. Kolb macht allerdings mit Recht



darauf aufmerksam, daß viel davon abhänge, ob auch die einfach versorgungsbedürftigen und harmlosen Geisteskranken, welche, ohne schwere Symptome zu bieten, lediglich zu einer selbständigen Existenz nicht fähig sind, den Irrenanstalten zugeführt werden, oder etwa besonderen Pflege- oder Siechenhäusern. In letzterem Falle erhalten die Anstalten so ungünstiges Krankenmaterial, daß nur ein nicht sehr erheblicher Teil die Qualifikation für die Familienpflege besitzen wird.

Damit kommen wir auf die Anforderungen, welche an das Krankenmaterial zu stellen sind, damit es der Familienpflege übergeben werden kann. In erster Linie geeignet dazu sind Imbezille und Idioten. Kolb zieht daraus den sehr plausiblen Schluß, daß man auch alle diese Fälle zunächst der zuständigen Irrenanstalt zum Zwecke der Begutachtung auf ihre Tauglichkeit für Familienpflege zuweisen soll, und erst wenn diese Frage verneint sei, der Pflege- respektive Siechenanstalt. In zweiter Linie kommen in Betracht die Endzustände der Dementia praecox, seien sie einfach verblödet oder paranoid. Auch vereinzelte Fälle von Epilepsie und Paranoia haben die erforderlichen Eigenschaften. Dagegen werden Selbstmordneigung, Gemeingefährlichkeit, sexuelle Neigungen, Unreinlichkeit, körperliche Erkrankungen, zahlreiche Krampfanfälle, wenigstens in Deutschland, als absolute Kontraindikationen gegen Familienpflege betrachtet; aber nicht ohne weiteres zeugungsfähiges Alter der Frau (Kolb).

Kolb, der sich zuletzt in einem dem Verein bayrischer Psychiater erstatteten Referat eingehend mit dieser wichtigen Frage beschäftigt hat, erklärt die Familienpflege für das natürliche Schlußglied der fortschreitenden freiheitlichen Entwicklung unserer Anstalten. Diejenigen Heil- und Pflegeanstalten, welche die Familienpflege nicht entwickelten, böten in gleicher Weise Zeichen einer relativen Rückständigkeit, wie dies für geschlossene Anstalten gegenüber Anstalten mit offenen Abteilungen und landwirtschaftlichem Betrieb der Fall sei. In Uchtspringe, Jerichow, Ilten, überall könne man sehen, daß die Kranken in der Familienpflege ein einfaches, aber fast ausnahmslos zufriedenes Leben führten; verblödete Kranke erwachten zu neuem Leben, manche anscheinend gefährliche Kranke würden friedfertig. Das erste ist sicher richtig. In ihrer psychischen Wirkung steht die Familienpflege zwischen den offenen Abteilungen der kolonialen Anstalten und der völligen unkontrollierten Freiheit. Gegenüber jenen bietet sie ein viel größeres Maß von Abwechslung, Anregung und Betätigungsmöglichkeiten, gegenüber der absoluten Freiheit eine größere Rücksichtnahme auf die Eigenheiten der Kranken und eine geschützte, sorgenlose Existenz.

Es unterliegt ja keinem Zweifel, daß es zahlreiche Kranke gibt, deren psychischer Zustand gerade dieser Verpflegungsform adäquat ist und für die sie therapeutisch die wirksamsten Komponenten enthält. Im allgemeinen werden dies verblödete und verschrobene, dabei ziemlich leicht lenkbare und ungefährliche Kranke sein. Eine therapeutische Beeinflussung anscheinender Gemeingefährlichkeit durch Familienpflege möchte ich doch für ein riskiertes Experiment halten. Es wird Sache der subjektiven Auffassung des einzelnen Psychiaters sein, wie weit er die Indikationen der Familienpflege ausdehnt.

Bei vielen Anstalten macht aber das Fehlen einer geeigneten Bevölkerung in ihrer Nachbarschaft die Familienpflege unmöglich. Insbesondere

schließt Neigung der Bevölkerung zu Alkoholexzessen und Roheitsdelikten die Familienpflege aus; also ausgesprochene Bier-, Wein- und Schnapsgegenden sind ungeeignet. Auch in einer rein industriellen Gegend, bei sehr wohlhabender Bevölkerung, bei Dienstbotennot, welche zu starker Anspannung und Ausnutzung der Arbeitskräfte des überlassenen Geisteskranken führen würde, ist eine zweckentsprechende Familienpflege nicht durchführbar. Anstalten, welche in solchen Gegenden liegen, müssen also auf diesem Gebiete notgedrungen „rückständig" bleiben.

Daß auch bei der Familienpflege nicht alles einwandfrei und vortrefflich sei, hat wenigstens für Belgien Gock, welcher der Familienpflege durchaus nicht prinzipiell ablehnend gegenübersteht, betont. Er hat in Gheel viele hygienische und psychiatrische Rückständigkeiten und selbst Potus der Kranken gefunden; auch hörte er von Kranken die gleichen Äußerungen der Unzufriedenheit über Zurückhaltung wie in geschlossenen Anstalten. Er begründet die große Ausdehnung der Familienpflege in Belgien mit der Rückständigkeit und Mangelhaftigkeit der sonstigen Irrenversorgung in den Anstalten dieses Landes.

Im Gegensatz dazu vertritt Kolb die Ansicht, daß gerade eine wahrhaft freie Behandlung in den Heil- und Pflegeanstalten die Voraussetzung sei für eine organische Entwicklung der Familienpflege; im Anschluß an geschlossene Anstalten sei diese Entwicklung erheblich schwieriger.

Der wesentlichste Einwand, welcher gegen diese Form der Irrenversorgung erhoben worden ist, liegt nun gerade auf dem Gebiete dieser Beziehung zwischen kolonialer Anstalt und Familienpflege. Man behauptet, die Familienpflege entziehe den Anstalten Arbeitskräfte und das ruhige verträgliche Krankenmaterial. Darauf wird behauptet, darin liege gleichzeitig wieder eine heilsame Nötigung, andere Kranke, deren Arbeitskraft bisher brachgelegen sei, an deren Stelle zur Arbeit heranzuziehen. Auch würden nicht nur arbeitsame und gutmütige, sondern auch untätige und streitsüchtige Kranke in Familienpflege übernommen und dort gebessert werden können. Darin liege ein gewisser Ausgleich. Ich glaube, daß eine Verschlechterung des Krankenmaterials der Anstalten bei umfangreicher Einführung der Familienpflege wohl nicht zu vermeiden sein wird. Wenn man nur vereinzelte Kranke in Pflege gibt, hat dieser Umstand keine Bedeutung. Eine Abgabe zahlreicher Kranker wird sich überall da ertragen lassen, wo das Gros der harmlosen, verblödeten Kranken in die Heilanstalten kommt und überwiegend auch da verbleibt. Wenn aber die Verhältnisse so liegen, daß alle nur einigermaßen wieder ruhig gewordenen Kranken zur Entlassung kommen oder die Imbezillen, Idioten und harmlos Dementen besonderen Pflege- und Siechenhäusern überwiesen werden, dann werden sich einmal von vornherein nicht viele für Familienpflege geeignete Kranke finden und, wenn die wenigen vorhandenen ruhigen und verhältnismäßig zuverlässigen Kranken noch in Pflege gegeben werden, so werden die Verhältnisse der kolonialen Anstalt in bezug auf Ordnung und Arbeitsleistung doch sehr erheblich leiden. Es könnte ein Punkt erreicht werden, wo die Abgabe ruhiger Elemente den Geist und die Tätigkeit der Anstalt dermaßen beeinträchtigte, daß die Vorteile dieser Verpflegungsform für Verwaltung und Kranke durch die Nachteile, welche eine solche Abgabe in größerem Umfang dem Anstaltsbetrieb bringt, überwogen würden. Der Geist der Anstalt könnte in so hohem Maße

sich verschlechtern, daß ihre Heil- und Behandlungsaufgabe, die doch auch gewahrt sein will, dadurch geschädigt würde, zum Nachteil der in der Anstalt versorgten Kranken. Und das wird doch immerhin die Mehrzahl sein. Ist die Sache so gelagert, so läßt sich meines Erachtens sicherlich der Standpunkt vertreten und dürfte kaum ein Zeichen von Rückständigkeit sein, daß man nicht alle diejenigen Kranken in Familienpflege gibt, welche diese freieste Verpflegungsform vertragen, sondern sich auf jene Formen beschränkt, von welchen man überzeugt ist, daß ihre Unterbringung in einer Pflegefamilie therapeutisch geboten erscheint.

Ferner wird gegen die Familienpflege eingewendet, daß sie Veranlassung gebe, manche Kranke, welche ebensogut nach Hause entlassen werden und sich selbst unterhalten könnten, in öffentlicher Fürsorge zurückzuhalten; dadurch würden die finanziellen Vorteile dieser billigsten Verpflegungsform aufgehoben oder gar in ihr Gegenteil verkehrt. Dieser Standpunkt ist ebenso schwer zu entkräften wie zu beweisen. Es ist Auffassungssache, ob man glaubt, einen Kranken völlig sich selbst respektive seiner Familie überlassen zu können, oder ob man noch das Maß von Pflege und Aufsicht, das die organisierte Familienpflege bietet, für angebracht und erforderlich hält. Soweit mit der Inpflegegabe nur ein Übergang in die Häuslichkeit beabsichtigt wird, treffen diese Bedenken natürlich nicht zu; sie bedeutet dann nur ein weiteres Zwischenglied und eine weitere Probe.

Es ist die Frage diskutiert worden, ob die Inpflegegabe bei der eigenen Familie als Familienpflege sensu strictiori zu betrachten sei, und ob die Anwendung dieser Form sich empfehle. Die Übergabe des mehr oder weniger wiederhergestellten Geisteskranken an die eigene Familie ist an sich nur die übliche Form der versuchsweisen oder definitiven Entlassung. Zur organisierten Familienpflege würde sie durch Fortdauer psychiatrischer Kontrolle und vor allem durch Gewährung einer Entschädigung an die Familie des Kranken. Eine Kontrolle durch die Anstaltsärzte wäre auch bei Entlassung oder Beurlaubung im allgemeinen denkbar, ohne daß man von Familienpflege zu sprechen hätte. Nach Kolb werden gegen die Pflege in der eigenen Familie folgende Bedenken erhoben: Die Angehörigen stehen den krankhaften Äußerungen besonders unkritisch gegenüber; sie schaden durch einen unangebrachten Betätigungsdrang; die Kranken sind von den eigenen Angehörigen schwerer zu beeinflussen als durch Fremde. Dazu käme der fehlende Sachverstand der eigenen Angehörigen gegenüber berufsmäßigen Pflegefamilien und schließlich ein weiteres Bedenken, welches mir am schwersten zu wiegen scheint: es bliebe zu befürchten, daß unverhältnismäßig viele Familien, welche gebesserte geisteskranke Angehörige aus der Anstalt zu sich genommen haben, dafür eine Geldentschädigung beanspruchten, indem sie ihre Leistungen zu hoch und die Leistungen der Kranken zu nieder einschätzten. Dadurch könnte eine sehr erhebliche Belastung des Anstaltsetats eintreten gegenüber dem jetzigen Zustand. Durch Kontrolle wäre dem nur sehr schwer zu begegnen. Ein zweifelloser Vorzug wäre dagegen die Fühlungnahme der Anstaltsärzte mit weitesten Kreisen der Bevölkerung; hierin stimmt die Inpflegegabe bei der eigenen Familie mit den Leistungen und Aufgaben des Irren-Hilfsvereines überein, dem sie vielleicht mehr zugehört als der organisierten Familienpflege.

Man hat auch eine Gefahr darin zu sehen geglaubt, daß die in Familien gegebenen Geisteskranken Gewalttätigkeiten gegen die gesunde Bevölkerung begehen könnten, und den schädlichen psychischen Einfluß der oft auffälligen und absonderlichen Kranken auf die gesunde Bevölkerung, insbesondere die Kinder, als zu fürchtende bedenkliche Folgeerscheinung hingestellt. Jenem Bedenken wird man nur durch sorgfältigste Auswahl der Kranken begegnen können, indem man alle diejenigen, welche gemeingefährliche Handlungen begehen könnten, nach Möglichkeit ausschließt, sowie durch regelmäßige ärztliche Kontrolle und gute Schulung der Familien. Die letzterwähnte Gefahr ist sehr gering. Vielleicht könnten manche nervös veranlagte Kinder durch Krampfanfälle oder sonstige motorische Entäußerungen Geisteskranker auf psychogenem Wege influenziert werden. Wählt man aber eine ländliche Gegend mit psychisch robuster Bevölkerung, so wird das kaum vorkommen; auch werden solche beeinflußbare Psychopathen natürlich überall Eindrücken ausgesetzt sein, die ihnen schaden können. Immerhin dürfte es sich empfehlen, besonders auffällige Kranke von der Familienpflege auszuschließen.

Als ein großer Vorzug der Familienpflege ist zu rühmen, daß sie die Bevölkerung ökonomisch hebt und zu Sauberkeit und Ordnung erzieht.

## b) Entlassung aus der Anstalt und weitere Fürsorge.

Nicht weniger wichtig, schwierig und folgenreich wie die Entscheidung über die Aufnahme in eine Anstalt ist diejenige über die Entlassung. Stellt diese Entscheidung an die praktische Erfahrung des Psychiaters an sich schon hohe Ansprüche, so wird die Frage noch dadurch kompliziert, daß neben den rein ärztlichen Gesichtspunkten noch andere hineinspielen und berücksichtigt sein wollen. Denn nicht nur darum handelt es sich meist, ob der Zustand eines Kranken die Entlassung erlaubt oder geboten erscheinen läßt, auch der Kranke selbst nimmt, oft mit lebhafter Affektbetonung, Stellung dazu, und vor allem die Wünsche der Angehörigen spielen oft in mehr oder weniger des erforderlichen Verständnisses entbehrender Weise mit.

Um gleich die letzteren, als nicht sachverständig zu betrachtenden Einwendungen vorwegzunehmen, so ist das heftige Fortdrängen ungeheilter Kranker, welchen die Einsicht in das Wesen ihrer Krankheit fehlt, zu wohlbekannt, um einer besonderen Würdigung zu bedürfen. Es tritt am häufigsten auf in der Form des Heimwehs insbesondere melancholischer Kranker, und dabei ist es oft schwer zu beurteilen, ob es sich um das normale geistige Begehren des genesenden Kranken oder um larvierte Angstsymptome handelt. In letzterem Falle pflegt sich die das Heimweh bedingende Angst nach der Entlassung schnell in anderer Weise zu objektivieren und kann dann zu sehr bedenklichen Handlungen, insbesondere zu Selbstmord führen. Man kann also sagen: Je stürmischer das Heimdrängen, um so bedenklicher die Entlassung. Wirklich genesende oder gar genesene Kranke pflegen Geduld zu haben, die aus dem Verständnis entspringt, daß ihr Aufenthalt in der Anstalt wohl angebracht war, und daß eine Überstürzung der Entlassung nicht in ihrem Interesse liegt. Es gibt kein anderes Kriterium, das krankhafte Heimweh von dem gesunden Heimbegehren zu unterscheiden, als den Umstand, daß sich ersteres in sinnlosem Drängen,

letzteres in gemäßigter, ruhiger, weniger affektbetonter Form äußert. Das Fortdrängen mehr oder weniger verwirrter Kranker ist ohne Bedeutung. Ist es Folge mangelnden Urteilsvermögens oder wahnhafter Verfälschung des geistigen Inhaltes, so steht ebenfalls ohne weiteres fest, daß es für unsere Entschlußfassung ohne Belang ist.

Von vielleicht größerer praktischer Bedeutung als die Wünsche der Kranken selbst, welche wir, wenn sie unbegründet erscheinen, ignorieren dürfen, sind die Anregungen oder gar das stürmische Verlangen der Angehörigen. Es ist oft schwer, deren Motive zu durchschauen, und nicht selten wird Liebe und Rücksicht auf die Kranken vorgeschützt, wenn in Wirklichkeit lediglich eigensüchtige Motive, insbesondere finanzieller Natur, ausschlaggebend sind. Generell kann man sagen, daß die Entlassungen nicht zu sehr erschwert werden sollen, und daß es sich empfiehlt, dem Drängen der Verwandten auf Entlassung nachzugeben, wenn es irgend möglich ist. Erleichterung der Aufnahmen und Erleichterung der Entlassungen muß das Motto des praktischen Irrenarztes sein. Nur dringende Gemeingefährlichkeit wird uns zu einem absoluten Veto zwingen dürfen; die entfernte Möglichkeit gemeingefährlicher Handlungen liegt ja bei jedem nicht ganz geheilten Geisteskranken vor und wird ebenso wie Selbstgefährlichkeit, Gefahr der Verwahrlosung oder insozialen Verhaltens im allgemeinen wohl ein energisches Abraten, aber keine Verweigerung der Entlassung begründen. Es empfiehlt sich, in diesen Fällen einen sogenannten Revers ausstellen zu lassen, in welchem die Angehörigen schriftlich bestätigen, daß sie auf die mit einer Entlassung verbundenen Gefahren aufmerksam gemacht worden sind, daß diese Entlassung gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat erfolgt, und daß die Verwandten die alleinige volle Verantwortung übernehmen. Deckt uns ein solcher Revers vielleicht auch nicht im streng juristischen Sinne, so entlastet er uns doch sehr erheblich von moralischer Verantwortlichkeit und gegenüber der Öffentlichkeit, für den Fall, daß die Sache nicht gut ablaufen sollte. Insbesondere bin ich davon abgekommen, bei Selbstgefährlichkeit die Entlassung zu verweigern, da man damit das Publikum verbittert und mißtrauisch macht. Was man in einem oder dem anderen Falle damit rettet, verdirbt man zehnfach in anderer Beziehung. Die Verwandten der Kranken, welche ihre Angehörigen aus freien Stücken in die Anstalt gebracht haben, können eine solche Weigerung wegen der Möglichkeit einer selbstschädigenden Handlung oft nicht begreifen und neigen dazu, andere Beweggründe zu supponieren.

Mit der Verweigerung der Entlassung auf Grund möglicher Selbstgefährlichkeit oder Gemeingefährlichkeit allzu vorsichtig zu sein, verbietet sich auch deshalb, weil es außerordentlich schwer ist, im einzelnen Falle auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit vorauszusagen, wie die Entlassung wirken wird. Meist geht es viel besser, als man denkt, und die weitaus überwiegende Mehrzahl der uns sehr riskiert erscheinenden Entlassungen geht ohne schlimme Folgen ab. Allerdings erwächst oft erheblicher Schaden aus der Unterbrechung der Anstaltsbehandlung für den Fall, daß der Entlassungsversuch nicht glückt, und eine Wiederaufnahme notwendig wird. Man muß dann mit der Behandlung unter weniger günstigen Chancen wieder von vorn anfangen. Die Verwandten sind dann aber meist durch Schaden klug geworden und warten ruhig ab.



Bleuler empfiehlt die möglichst frühzeitige Entlassung bei Verblödungspsychosen, da sie weitaus bessere Chancen böte, als eine Entlassung in einem späteren Stadium. Auch er betont, daß solche frühe Entlassungen selten bedenkliche Ereignisse zur Folge hätten. Ich möchte aber doch raten, solche riskierte Entlassungen nicht zu brüsk erfolgen zu lassen, nicht aus geschlossener Abteilung und Bettbehandlung. Offene Behandlung innerhalb der Anstalt und ausgiebige Beschäftigung sind unerläßliche Vorstufen, aus denen die Entlassung aus der Anstalt sich organisch entwickelt, als letzte Steigerung der äußeren Reize und Betätigungsmöglichkeiten, welche man dem gebesserten Kranken zumuten darf, und welche, vorher schädigend, von einem gewissen Zeitpunkt ab zu einem Faktor weiterer Genesung werden können. Es gibt zweifellos Kranke, bei denen eine eingetretene Besserung wieder rückwärts geht, wenn man den richtigen Zeitpunkt, sie aus der Anstalt wegzuschicken, verpaßt. Solche Entscheidungen sind aber sehr schwer, allgemein gültige Regeln lassen sich nicht geben, und lediglich persönliche Erfahrung kann uns dabei leiten.

Eine unumgängliche Voraussetzung für weitherzige Handhabung des Entlassungswesens ist die Möglichkeit, solche Kranke ohne alle Formalitäten, wenn es erforderlich wird, wieder aufnehmen zu können. Es empfiehlt sich daher, die Geisteskranken im allgemeinen nicht gleich definitiv zu entlassen, sondern zunächst auf Probe, urlaubsweise; stellt es sich heraus, daß es draußen nicht geht, daß unangenehme Dinge passieren, so müssen sie der Anstalt ohne weiteres wieder zugeführt werden können. Doch hat die Methode der urlaubsweisen Entlassung auch gewisse Schwierigkeiten, indem es beurlaubten Kranken oft schwerer fällt, wieder Beschäftigung zu bekommen, als definitiv Entlassenen. Wir sprechen daher häufig, bei Kassenpatienten in der Regel, gleich die endgültige Entlassung aus. Werden sie wieder krank, so weisen sie dann die Kassen von neuem wieder ein.

Rassenhygienische Motive können bei der Frage der Entlassung nicht ausschlaggebend sein. Wenn auch die Tatsache feststeht, daß durch die Internierung zeugungs- und gebärungsfähiger Geisteskranker in der Anstalt die Produktion psychisch minderwertiger Nachkommenschaft eingeschränkt wird, so wird die Entlassungsfrage doch nur nach dem individuellen Zustand des Patienten beurteilt werden dürfen; tatsächlich wird auch nicht sehr viel damit erzielt werden, wenn man fortpflanzungsfähige Individuen etwas länger in der Anstalt zurückhält. Die Gesamtsumme der erblichen Belastung würde durch Verzögerung und Einschränkung der Entlassungen aus Irrenanstalten kaum erheblich vermindert werden. Häufig stehen der Entlassung psychisch defekter weiblicher Individuen die Möglichkeit einer unehelichen Schwängerung und in noch höherem Maße derjenigen männlicher Individuen die Wahrscheinlichkeit von alkoholischen Exzessen im Wege. Zahlreiche schwachsinnige Mädchen bedürfen allein aus jenem Grunde fortdauernder Anstaltspflege; sie deshalb zu kastrieren, ist gesetzlich nicht zulässig, würde auch, wenn auch die Schwängerung, doch den sexuellen Mißbrauch nicht verhindern, in gewisser Hinsicht sogar eher fördern. Auf der anderen Seite ist es eine nicht zu bestreitende Tatsache, daß eine überwältigende Zahl schwachsinniger, epileptischer und minderwertiger Männer der dauernden Anstaltspflege nicht bedürfen würde, wenn sie außerhalb der Anstalt keine Gelegenheit zu Alkoholgenuß hätte.



Solche Menschen sind oft ohne Alkohol harmlos und lenkbar, unter dem Einfluß des Alkohols aber bösartig und zu allen insozialen Handlungen fähig. Hierauf beruht ja die beruhigende Wirkung des Anstaltsmilieus zu einem großen Teile. Solange es nicht gelingt, solche Individuen vom Alkoholgenuß fernzuhalten — Maßregeln wie Wirtshausverbot und Entmündigung sind machtlos — bleibt eben nur die Internierung.

Sind wir in zahlreichen Fällen genötigt, uns aus ärztlichen Gründen und solchen der öffentlichen Sicherheit den Entlassungswünschen unserer Kranken und deren Angehörigen entgegenzustemmen, so gibt es auf der anderen Seite nicht selten Fälle, wo das Umgekehrte eintritt. Wir halten die Entlassung vom ärztlichen Standpunkt aus für zweckmäßig und möchten sie herbeiführen, aber äußere Gründe stehen entgegen, und unsere Bemühungen sind auf deren Hinwegräumung gerichtet. Die Schwierigkeiten liegen auf den Gebieten der Unterbringung solcher Kranker und der Beschaffung einer geeigneten Beschäftigung. Die Unterbringung ist oft schwierig, wenn Angehörige fehlen, der Kranke allein steht und niemand hat, der sich seiner annehmen könnte, besonders nach länger dauerndem Anstaltsaufenthalt, oder wenn, durch Schuld des Kranken oder seiner Angehörigen, sich die Familienverhältnisse zerrüttet haben, derartig geworden sind, daß sie eine Rückkehr des gebesserten Kranken in die Familie verbieten, oder auch nur so schlecht geworden sind, daß sie eine gesundheitliche Schädigung darstellen, welche die Gefahr einer Wiedererkrankung in sich bergen würde. Solche Kranke eignen sich durchweg für Familienpflege, oder der im Anschluß hieran zu besprechende Irrenhilfsverein sorgt für geeignete Unterbringung.

Die Beschaffung von Arbeit macht bei sehr rasch verlaufenen Psychosen meist keine Schwierigkeit. Hat die Störung nur wenige Wochen und Monate angedauert, so kann in der Regel ohne weiteres der Rücktritt in die alte Stellung erfolgen, allerdings nur dann, wenn volle Genesung eingetreten ist. Handelt es sich um eine Defektheilung, welche den Kranken wohl entlassungsfähig, aber nur beschränkt arbeitsfähig macht, ist infolgedessen der Übergang zu einem anderen, minder schwierigen Berufe erforderlich, und hat die Störung sehr lange angedauert, dann ist es oft unendlich schwer, eine geeignete Beschäftigung zu finden. Zuzeiten wirtschaftlicher Hochkonjunktur, wenn überall Arbeitskräfte gesucht werden, kommen auch schwächere Kräfte noch unter. Liegt aber eine wirtschaftliche Depression vor, dann liegen die schwächsten Arbeiter, und das werden in erster Linie unsere mit Defekt Geheilten sein, zu allererst auf der Straße. Dann kommen die Not und mit der Not die Erschöpfung, die Verwahrlosung und die Exzesse, damit neue Erregungszustände und Wiedererkrankung. Am ersten ist die Landwirtschaft noch in der Lage, solche Leute aufzunehmen, einmal weil sie an habituellem Arbeitermangel leidet, und dann, weil unsere Kranken zu landwirtschaftlicher Tätigkeit noch am besten geeignet, auch in den Anstalten meist erzogen sind. Es heißt dann nur, die geeigneten Stellen finden. Die gewöhnlichen Arbeitsnachweise nutzen nicht viel, weil sie keinerlei Garantie geben für die Qualität der Arbeitgeber.

Hier haben die Irrenhilfsvereine einzutreten. Diese sind in Baden, Hessen, Württemberg, der Rheinprovinz, der Schweiz und wohl noch in anderen Ländern und Provinzen in Tätigkeit. Nach Schüle ist ihr Zweck und ihre Auf-



gabe die materielle Unterstützung und geistige Fürsorge für die entlassenen Geisteskranken sowie die Familien der Anstaltspfleglinge; ferner die Beschaffung rechtzeitiger Anstaltshilfe für frisch Erkrankte, dann die Verbreitung von Aufklärung über das Wesen der Geisteskrankheiten und der ihrer Behandlung dienenden Anstalten in möglichst weiten Kreisen der Bevölkerung in Form populärer Belehrung in Wort und Bild; schließlich die Gewinnung gut qualifizierten Pflegepersonals.

Es handelt sich darum, die entlassenen Kranken, die nicht in die eigene Familie zurückkehren können, draußen in ihrem Zustande angemessene Verhältnisse zu bringen, damit ihnen die in der Anstalt erlangten gesundheitlichen Fortschritte bewahrt bleiben, ihnen Beistand und Schutz zu gewähren gegenüber den Forderungen des Lebens und ihnen, wenn nötig, rechtzeitig ärztlichen Rat zu vermitteln. Damit soll einer Wiedererkrankung, einer Verschlimmerung des Zustandes vorgebeugt, eine Wiederaufnahme in die Anstalt vermieden werden. Eine der wichtigsten Aufgaben des Hilfsvereines ist die Beschaffung passender Arbeitsgelegenheit, einer Anfangsstellung, bei der es weniger auf Höhe der Einkünfte, als auf zweckmäßige und schonende Behandlung ankommt. Auch materielle Beihilfen werden geleistet an solche Kranke, welche sich durch eigene Arbeit oder durch Unterstützung ihrer Verwandten allein nicht unterhalten können. Ebenso werden die Familien der Geisteskranken unterstützt werden müssen, wenn sie durch die Erkrankung eines Mitgliedes in Not geraten, wenn die Ausbildung ihrer Kinder, die Fortführung des Geschäftes dadurch in Frage gestellt erscheint. Dadurch werden die Kranken vor der Gefahr bewahrt, nach ihrer Genesung in zerrüttete Verhältnisse zu kommen und durch die damit verbundenen gemütlichen Erschütterungen und die Nöte des Daseins wieder krank zu werden.

Die Aufklärungsarbeit des Hilfsvereines kann eine sehr vielseitige sein. Die Furcht vor der Anstalt, die Vorurteile gegen dieselbe sind zu bekämpfen. Es muß die Überzeugung verbreitet werden, daß geistige Störungen Krankheiten sind wie alle anderen auch, daß sie die Folge oder Begleiterscheinung sind von körperlichen Krankheitsvorgängen, daß sie ein Unglück sind und nicht eine Sünde oder Schande. Dadurch wird den so weitverbreiteten Lieblosigkeiten entgegengearbeitet, wie sie entlassenen Geisteskranken vielfach entgegen zu treten pflegen in Form von Spottreden der Kinder und roher oder unverständiger Erwachsener. Auch auf die Presse wird in dem Sinne einzuwirken sein, daß Angelegenheiten des Irrenwesens, der Anstalten und Geisteskranken als ernstlich zu behandelnde Dinge aufgefaßt sein wollen, und daß man sie nicht in absprechender und gemütloser Weise darstellen darf. Der Hilfsverein wird sich zu beteiligen haben an dem Kampf gegen alle Schädigungen einer ungeeigneten Lebensführung und gegen die sozialen Mißbräuche, um so auch seinen Teil dazu beizutragen, allmählich die Zahl der geistigen Erkrankungen zu vermindern.

Zu diesem Zwecke wird der Hilfsverein an jedem Ort durch Vertrauensmänner vertreten sein müssen; zu diesem Amte eignen sich am besten autoritäre Personen, von welchen man Verständnis für diese Dinge voraussetzen darf: Ärzte, Geistliche, Bürgermeister, Lehrer und sonst angesehene Männer, welche sich für Bestrebungen der Volkswohlfahrt interessieren. Die Vertrauensmänner



berichten an die Anstalt über das Ergehen der entlassenen Kranken, sie vermitteln die Auskünfte über ihre soziale Lage und prüfen die Unterstützungsansprüche. Den Anstaltsärzten wird es auf diese Weise möglich gemacht, auch mit den nicht mehr in der Anstalt verpflegten Kranken in Fühlung zu bleiben, sie zu beraten und weiter zu behandeln. Dadurch, daß die Anstalt über das weitere Schicksal ihrer Kranken auf dem laufenden bleibt, kann sie auch, wo es etwa notwendig wird, rechtzeitige Rückbringung in die Anstalt veranlassen, und dadurch mancherlei persönlichen und sozialen Schädigungen vorbeugen.

Aus einem derartigen verständnisvollen und einträchtigen Zusammenwirken dieser Männer des Hilfsvereines mit den Ärzten der Anstalt unter Beihilfe der Behörden des Staates, der Provinzen und der Gemeinden sind die erfreulichsten Folgen für das Wohl unserer Kranken und die geistige Wohlfahrt des Volkes zu erhoffen.

In der Arbeit der Hilfsvereine schließt sich der Ring unserer Bestrebungen zum Besten der geistig Erkrankten. Diese erweiterte Irrenfürsorge umfaßt sowohl den Beginn der Erkrankung, wobei sie die Aufnahme des frisch Erkrankten in die Anstalt erleichtert, wie sie den Abschluß der Behandlung bildet, indem sie die schonende Zurückführung des Rekonvaleszenten oder leicht Defekten zu einer selbständigen Lebensführung und zur nutzbringenden Arbeit erleichtert und beschützt. Ihr weitester Ausbau ist eine der dringendsten und erfolgverheißendsten Aufgaben der Irrenfürsorge.

---

# Literatur.

Das Verzeichnis macht keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ein Teil der Arbeiten war mir nur im Referat zugänglich.

---


## A.

Albrecht, Klinische Betrachtungen bei Entweichungen Geisteskranker. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXIII.

Allers, Tatsachen und Probleme der Stoffwechselpathologie in ihrer Bedeutung für die Psychiatrie auf Grund neuerer Arbeiten. Journ. f. Psych. u. Neurol.. Bd. XVI, 1910.

Alt, Die diätetische Behandlung der Epileptiker in Vergangenheit und Gegenwart. Vortr. Jahresvers. d. d. Ver. f. Psych. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1904.

— Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranker in gemeinsamer Anstalt. Vortr. deutsch. Ver. f. Psych., 1908.

— Über familiäre Irrenpflege. Halle, 1899.

— Weiterentwicklung der familiären Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland seit 1902. C. Marhold, Halle a. S., 1907.

— Sauerstoffbehandlung bei Kranksinnigen und Nervenkranken. Vortr. 10. Vers. mitteldeutscher Psych. u. Neurol.

Alter, Über die Anwendung feuchter Einpackungen bei Psychosen. Psych.-neurol. Wochenschrift, 1903/1904.

— Zur Hydrotherapie der Geisteskranken. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1906.

— Luftliegekuren bei Psychosen. Psych.-neurol. Wochenschr., 4. Jahrg.

Alzheimer, Über die Indikationen für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken. Münchener med. Wochenschr., 1907.

Aschaffenburg, Über gefährliche Geisteskranke. Vortr. Ver. südwestdeutsch. Irrenärzte, 1899. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 57.

— Die neueren Theorien der Hysterie. Deutsche med. Wochenschr., 1907.

## B.

Bachem, Unsere Schlafmittel. 2. Aufl., Berlin, 1910.

Barbo, Die Ziele des badischen Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke usw. Psych.-neurol. Wochenschr., 1906.

Bartels, Über die Aufnahme von psych. Kranken in offenen Anstalten. Vortr. Vers. d. Ver. d. Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens, 1898. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55.

Baruch, Hydrotherapie. Deutsch von Lewin, 1904.

Bayerthal, Über den Erziehungsbegriff in der Neuro- und Psychopathologie. Med. Klinik, 1911.

Becker, Therapie der Geisteskrankheiten für praktische und Irrenärzte. 1911.

Beelitz, Systematische Atropinkuren bei periodischen Geistesstörungen. Vortr. psych. Ver. d. Rheinprovinz. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1904.

Benda, Nervenhygiene und Schule. Coblenz-Berlin, 1900.

Beyer, Die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskranken. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1899.

— Roderbirken bei Leichlingen, die rheinische Volksheilstätte für Nervenkranke. Vortr. psych. Ver. d. Rheinprovinz. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 64.




Beyerhaus, Klinische Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Adalin. Deutsche med. Wochenschr., 1911.
Binz, Über Schlafmittel. Berliner klin. Wochenschr., 1901.
Bleuler, Die allgemeine Behandlung der Geisteskrankheiten. Zürich, 1898.
— Frühe Entlassungen. Psych.-neurol. Wochenschr., 1905.
Boeck, Versuche über die Einwirkung künstlich erzeugten Fiebers bei Psychosen. Jahrb. f. Psych., 1897.
Brahn, Die Geisteshygiene in der Schule. Deutsche med. Wochenschr., 1897.
Bratz, Zur Opium-Brom-Behandlung der Epilepsie nach Flechsig. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 54.
Brieger und Laqueur, Moderne Hydrotherapie. Moderne ärztliche Bibliothek, 1904.
Brosius, Über den Mangel an Irren-Patronaten in Deutschland. Vortr. Jahresvers. Ver. d. d. Irrenärzte, 1902.
Brügelmann, Die Behandlung von Kranken durch Suggestion und die wahre wissenschaftliche Bedeutung derselben. Leipzig, 1906.
Buchholz, Über künstliche Ernährung abstinierender Geisteskranker. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1901.
Bumke, Scopolaminum hydrobromicum. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XIII.
— Paraldehyd und Scopolamin (Hyoscin) als Schlaf- und Beruhigungsmittel für körperlich und geistig Kranke. Münchener med. Wochenschr., 1902.
— Über Neuronal und Proponal. Med. Klinik, 1906.
Busch und Plaut, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung verlängerter warmer Bäder. Vortr. Jahresvers. bayer. Psych., 1905.

## C.

Camus und Pagniez, Isolement et Psychothérapie (Préface de Prof. Déjérine). Paris, Alcan, 1904.
Clémenceau, A propos de la situation des aliénés dans les asiles de France. Bull. de la société de méd. ment. de Belgique, 1907.
Cramer, Die Ursachen der Nervosität und ihre Bekämpfung. Med. Klinik, 1909.
Cuylits, Gynäkologische Operationen bei Geisteskranken. Bull. de la société de méd. mentale de Belgique, 1897.
Czerny, Der Arzt als Erzieher des Kindes. Leipzig und Wien, 1908.

## D.

Dammann, Über die Störungen des Gemütslebens und ihre Behandlung. Therapie der Gegenwart, Juni 1907.
Dannemann, Bau, Einrichtung und Organisation psychiatrischer Stadtasyle. Halle, Marhold, 1901.
Dehio, Weitere Erfahrungen über Dauerbäder. Psych.-neurol. Wochenschr., 1907/1908.
— Einiges über Wachabteilungen. Vortr. Nordostdeutsch. psych. Ver. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 53.
Delbrück, Abstinenz in Irrenanstalten. Vortr. X. Intern. Kongr. gegen d. Alkoholism., 1905.
Diehl, Erfahrungen über einige Arzneimittel in der Hand des Nervenarztes. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1911.
Dietz, Ist der Verzicht auf Alkohol als Genußmittel in der Irrenanstalt wünschenswert? Allg. Zeitschr. f. Psych., 1905.
Dobrick, Über Behandlung von siechen geisteskranken Frauen mit Ovarialsubstanz. Vortr. Nordostdeutsch. psych. Verein 1898. Allg. Zeitschr., 1899.
Donath, Die Behandlung der progressiven Paralyse sowie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinfusionen. Allg. Zeitschr. ,1903.
Drews, Das Trional in der Heilkunde. Monatsschr. f. prakt. Med., 1898.
Dubois, Les psychonévroses et leur traitement moral. Paris, Masson u. Cie, 1904.

## E.

Emanuel, Eine Methode zur Verhinderung des Erbrechens bei der Sondenernährung. Mitteilung auf dem 4. internat. Kongr. zur Fürsorge f. Geisteskr. Psych.-neurol. Wochenschr., 1910/1911.

Enge, Die Behandlung der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psych., IV, 6.
Engelken sen., Familiäre Verpflegung der Irren. Vortr. im Ver. d. Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens. Allg. Zeitschr., Bd. 57, 1900.
Engelken jun., Psychiatrisches aus England und Schottland. Vortr. im deutsch. Ver. f. Psych. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1905.
Ennen, Mitteilungen über Hedonal. Vortr. psych. Ver. d. Rheinprovinz 1900. Allg. Zeitschr., Bd. 57.
Eschle, Die Erziehung zur Arbeit und durch Arbeit als souveränes Mittel der psychischen Therapie. Zeitschr. f. Psychotherap. u. med. Psychol., Bd. 1, 1909.

### F.

Familler, Pastoral-Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55, 1898, Literatur.
Fechner, Zend-Avesta. II. Aufl., 1901.
Finkelnburg, Erfahrungen über Kaltbadekuren bei Seelengestörten. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XXI.
Fischer-Wiesloch, Stadtasyle und Irrenversorgung. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 57.
— Der weitere Ausbau der Irrenfürsorge außerhalb der Irrenanstalten. Vortr. a. d. Vers. d. Ver. d. südwestdeutsch. Irrenärzte, 1897. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55.
Fischer-Prag, Über die Wirkung des Nukleins auf den Verlauf der progressiven Paralyse. Prager med. Wochenschr., 1909.
Fischer und v. Mering, Über eine neue Klasse von Schlafmitteln. Die Therap. d. Gegenw., 1903.
— Über Veronal. Die Therap. d. Gegenw., 1904.
— Über Proponal, ein Homolog des Veronal. Med. Klinik, 1905.
Flügge, Über das Bewahrungshaus in Düren. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1904.
Frank, Über den Heilwert der Hypnose. Vortr. Ver. d. südwestdeutsch. Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1903.
— Zur Psychoanalyse. Journ. f. Psych. u. Neurol., Bd. XIII, 1908.
Fuchs, Die Prophylaxe in der Psychiatrie. Handbuch d. Proph. von Nobiling-Jankau. München, 1900.
Fuchs und Schultze, Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und hypnotischer Wirkung. Eine neue Reihe von Schlafmitteln. Münchener med. Wochenschr., 1904.
Fürst, Zusammenhang zwischen psychischer Verstimmung und chronischer Verstopfung. Wiener med. Presse, 1901.

### G.

Ganser, Über die Behandlung der unruhigen Geisteskranken. Vortr. Vers. mitteldeutsch. Psych. u. Neurol., 1910. Arch. f. Psych., Bd. 49.
Geist, Tuberkulose und Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1904.
Gierlich, Chronische Trionalvergiftung. Neurol. Zentralbl., 1896.
Gock, Mitteilungen vom Kongreß in Antwerpen. Vortr. Psych. Ver. Berlin. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1903.
Groß A., Zur Behandlung akuter Erregungszustände. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 56.

### H.

Haberkant, Über Hedonal, ein neues Schlafmittel aus der Gruppe der Urethane. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 57.
Hartwich, Vermögen wir Anzeichen von Nukleinstoffwechselstörungen im Blute bei Krankheiten des Zentralnervensystems durch geeignete Nukleinbehandlung zu beeinflussen? Psych.-neurol. Wochenschr., 1911/1912.
Haymann, Neuere Brompräparate in der Epilepsiebehandlung. Med. Klinik, 1908.
— Pantopon in der Psychiatrie. Münchener med. Wochenschr., 1910.
— Weitere Erfahrungen mit Pantopon. Münchener med. Wochenschr., 1911.
Hegar, Über Arbeitsentlohnung in unseren Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 63.
Heichelheim, Klinische Erfahrungen über das Hedonal. Deutsche med. Wochenschr., 1900.
Heilbronner, Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 53.
Heinke, Über die Behandlung periodischer Geistesstörungen mit Atropineinspritzungen. Vortr. Nordostdeutsch. Psych. Ver., 1898.



Hellpach, Nervosität und Kultur. In: Kulturprobleme d. Gegenw., 1902.
— Unfallneurosen und Arbeitsfreude. Neurol. Zentralbl., 1906.
Herwer, Über die Wirkung der Thyreoidinpräparate bei der Behandlung Geisteskranker. Rundschau f. Psych. u. Nervenkrankh., 1897.
Heß, Einige Mitteilungen über die Behandlung Geisteskranker bis zur Aufnahme in die Anstalt. Vortr. Vers. südwestdeutsch. Irrenärzte 1898. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1899.
— Psych.-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen. Vortr. Vers. d. d. Ver. f. Psych. Allg. Zeitschr., 1905.
— Pädagogische Therapie bei jugendlichen Nerven- und Geisteskranken. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych., 1909.
Hitzig, Über die nosologische Auffassung und die Therapie der periodischen Geistesstörungen, 1898.
— Atropinbehandlung der periodischen Psychosen. Berliner klin. Wochenschr., 1898.
— Die Kostordnung der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Halle-Wittenberg. Für Ärzte u. Verwaltungsbeamte. Jena.
Hobbs, Pelvic lesions in relation of their distinctive effects upon mental disturbances. Buffalo med. Journ., 1902.
Hoffmann, Über Notwendigkeit und Einrichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1899.
Hoppe-Allenberg, Die Wärterfrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1892.
— Die Behandlung der Geisteskranken ohne Zelle und ohne Hypnotika. Vortr. Jahresvers. Ver. d. d. Irrenärzte 1897. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 54.
— Der Alkohol in Irrenanstalten. Neurol. Zentralbl., Bd. XVII.
— Über einige Fortschritte in der Behandlung der Geisteskranken nebst einem Rückblick über die Entwicklung der Irrenbehandlung im 19. Jahrhundert. Therap. Monatsh., 1906.
Hoppe-Pfullingen, Zur Personalfrage. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1905, Bd. 62.
Hoppe-Uchtspringe, Die Verwendung des Nukleogens bei nervenkranken Kindern. Therap. d. Gegenw., 1907.
— Die Bedeutung der Stoffwechseluntersuchungen für die Behandlung der Epileptiker. Vortr. Jahresvers. d. d. Ver. f. Psych., 1908.

## I. J.

Isserlin, Psychoanalytische Methode. Freuds Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1910.
Jacobi, Neue Betrachtungen über die Anwendung der kalten Bäder usw. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XI.
Jahresbericht über die kgl. psychiatrische Klinik in München für 1904 und 1905.
Jennicke, Zur Wirkung des Adalins bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschr., 1910/11.
Jones, The use of general electrification as a means of treatement in certain forms of mental disease. The journ. of ment. science 1901.

## K.

Kauffmann, Über die Nachteile der Arbeitstherapie bei akuter Geisteskrankheit. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 68.
Klinke, Hyoszin bei Geisteskranken. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1889.
Kluge, Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Vortr. Vers. d. d. Ver. f. Psych., 1907.
Knecht, Über die Anwendung feuchter Einpackungen bei Psychosen. Psych.-neurol. Wochenschr., 1903/1904.
Kobert, Lehrbuch der Pharmakotherapie. II. Aufl., 1908.
Kohlhaas, Englische und schottische Reiseeindrücke. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55.
Kolb, Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Halle a. S., Marhold, 1907.
— Organisation des Irrenwesens. Vortr. Jahresvers. d. Ver. bayer. Psych., 1908.
— Die Familienpflege unter besonderer Berücksichtigung der bayerischen Verhältnisse. Vortr. Ver. bayer. Psych. 1911. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1911.
Konrad, Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des Hyosc. hydrochlor. Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psych., 1888.



Kraepelin, Die Heidelberger Wachabteilung für unruhige Kranke. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych., 1901.
— Über die Wachabteilung der Heidelberger Irrenklinik. Vortr. Vers. d. Ver. südwestdeutsch. Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1902.
— Psychiatrie. Bd. I., 8. Aufl., 1909.
Krayatsch, Gutachten über Anlage und bauliche Einrichtung einer modernen Irrenanstalt. Jahrb. f. Psych., Bd. XIII.
Kreuser, Der Wert medikamentöser Beruhigungsmittel bei Behandlung von Geisteskranken. Vortr. Vers. d. Ver. südwestdeutsch. Irrenärzte, 1901. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 59.
Krimmel, Erfahrungen bei Nachtwachen. Vortr. Vers. d. Ver. südwestdeutsch. Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psych., 64.
Kruse, Über die Pseudodysenterie in Irrenanstalten. Vortr. Vers. d. psych. Ver. d. Rheinprovinz. Allg. Zeitschr., Bd. 64.

L.

Laehr, Über Heilstätten für minderbemittelte heilbare Nervenkranke. Vortr. Sitzung d. psych. Ver. Berlin, 16. März 1898. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55, 1898.
— Die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 66.
Lamprecht, Deutsche Geschichte. I. u. II. Ergänzungsbd.
Laquer, Aphorismen über psychische Diät. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 23.
— Medizin und Überkultur. Zeitschr. f. Psychotherap. u. med. Psych., Bd. I.
Lederer, Die Therapie an den österreichischen Universitätskliniken.
Lenz, Über das Hedonal. Wiener klin. Rundschau, 1900.
v. Leyden, Handbuch der Ernährungstherapie. 1903, Bd. 1 und 2.
Lipowski-Bromberg, Wesen und Bedeutung der künstlichen Nährmittel. Med. Klinik, 1908.
Löwenfeld, Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandten Leiden. 4. Aufl., Bergmann.
Ludwig, Über die Anlage besonderer Speisesäle in den öffentlichen Irrenanstalten Allg. Zeitschr. f. Psych., 1904.
— Die hessischen Provinzialsiechenanstalten und die Geisteskranken. Allg. Zeitsch. f. Psych., Bd. 58.
Lührmann, Über Stadtasyle. Vortr. Jahresvers. d. Ver. d. d. Irrenärzte, 1898.
Luther, Veronal. Psych.-neurol. Zeitschr., 5. Jahrg.

M.

Mabon und Babcock, Thyreoidextract. Eine Übersicht über die an 1032 Fällen von Geisteskrankheit erhaltenen Behandlungsresultate. Amer. Journ. of Insanity, 1899. Ref.: Allg. Zeitschr. f. Psych.
Mann, Die psychiatrischen Aufgaben der Gemeinden. Vortr. Vers. d. Ver. d. südwestdeutsch. Irrenärzte, 1907.
Mathes, Klinische Hydrotherapie. 2. Aufl., 1903.
Meeus (Gheel), Les médecins adjoints dans les établissements d'aliénés. Bull. de la soc. de méd. mentale de Belgique, 1905.
Meisen, Über die Wirkung der Nukleinsäure speziell auf Blut und Knochenmark. Med. Klinik, VII. Jahrg.
Meltzen, Dormiol. Psych. Wochenschr., 1902.
— Dormiol. Therap. Ber. d. d. med. Wochenschr., 1899.
Mercklin, Zum Fachunterricht des Irrenpflegepersonals. Vortr. im Nordostdeutsch. Psych. Ver., 1900. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58.
— Bemerkungen zur zellenlosen Therapie. Vortr. u. Diskussion im Nordostdeutsch. Ver. f. Psych. 1901. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1902.
— Über die Anwendung der Isolierung bei der Behandlung Geisteskranker. Vortr. Jahresvers. d. d. Ver. f. Psych. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1903.
Mering, Ist Trional ein brauchbares Schlafmittel und besitzt es Vorzüge vor dem Sulfonal? Therap. Monatsh., 1896.
Möbius, Über die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten. Berlin, 1896.
— Zum Andenken an J. Ch. A. Heinroth. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1898.



Moeli, Die Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg mit Bemerkungen über Bau und Einrichtungen von Anstalten für Geisteskranke. A. d. Bericht f. d. Allg. Zeitschr. f. Psych. über d. psych. Literatur im Jahre 1896.
— Über Familienpflege Geisteskranker. Vortr. Jahresvers. Ver. d. d. Irrenärzte 1901. Allg. Zeitschr., 1901, Bd. 58.
— Bemerkungen über Anstaltsbauten im Anschlusse an die Besichtigung von Buch. Vortr. Psych. Ver. Berlin. Sitzung vom 15. Dezember 1906.
Mohr, Über Infektionskrankheiten in Anstalten für Geisteskranke. Vortr. a. d. Generalversammlung des psych. Ver. der Rheinprov., 1908.
— Psychotherapie. A. d. Handbuch d. Neurol., herausg. von Lewandowski, Bd. V.
Munck, Klinisch-therapeutische Versuche mit Medinal. Med. Klinik, 1908.
Muthmann, Über das Isopral. Münchener med. Wochenschr., 1904.

N.

Naecke, Die chirurgische Tätigkeit des Irrenarztes in der Anstalt. Irrenfreund, 1897.
— Das prozentual ausgedrückte Heiratsrisiko bezüglich Ausbruchs und Vererbung von Geistes- und Nervenkrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1906.
Neisser, Die Bettbehandlung der Irren. Berlin, Klin. Wochenschr., 1890.
Neumann, Volksheilstätten für Nervenkranke. Vortr. Vers. d. südwestdeutsch. Irrenärzte. Allg. Zeitschr., 1902.

O.

Oppenheim, Nervenkrankheit und Lektüre. Nervenleiden und Erziehung. Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. Berlin, 1907.
— Psychotherapeutische Briefe. 1910.
Ortner, Medikamentöse und physikalische Therapie der Arteriosklerose. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, 1911.
Oßwald, Die Tuberkulose in den Irrenanstalten mit besonderer Berücksichtigung der großherzoglich-hessischen und ihre Bekämpfung. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1902.

P.

Pandy, Die Irrenfürsorge in Europa. Berlin, 1908.
Peipers, Konsanguinität in der Ehe und deren Folgen für die Deszendenz. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1901, Bd. 58.
Penzoldt, Lehrbuch der klin. Arzneibehandlung für Studierende und Ärzte. VII. Aufl., 1908.
Peretti, Über den Stand der Frage der Errichtung von Nervenheilstätten und die Wege zu ihrer Lösung. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1899.
Peritz, Über das Verhältnis von Lues, Tabes und Paralyse zum Lezithin. Zeitschr. f. exper. Pathologie und Therapie. Bd. V.
Pfister, Die Abstinenz der Geisteskranken und ihre Behandlung. 1899.
— Über Versuche mit einem neuen Derivat der Baldriansäure. Deutsche Ärzteztg., 1906.
Pick, Zur Frage nach der Berechtigung künstlicher Unterbrechung der Gravidität behufs Heilung von Psychosen. Wiener med. Wochenschr., 1905.
Plange, Heilversuche bei Paralytikern. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1911.
Pollitz, Über den Wert des Schlafmittels Dormiol. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1900.
Probst, Über Paraldehyddelir. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 14.

R.

Raschkow, Veronal. Wiener klin. Rundschau, 1903.
Redlich, Über das Heiraten nervöser und psychopathischer Individuen. Med. Klinik, 1908.
Rehm, Über die künftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych., 1908.
Rosenfeld, Zur Trionalintoxikation. Berliner klin. Wochenschr., 1901.

S.

Sadger, Die Hydriatik der Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1905.
Sahli, Über Pantopon, ein die Gesamtalkaloide des Opiums in leicht löslicher und auch zu subkutaner Injektion geeigneter Form enthaltendes Opiumpräparat. Therap. Monatshefte, Januarh., 1909.



Sander, Zur Behandlung der akuten Erregungszustände. Psych.-neurol. Wochenschr., 1901.
— Die neu eingerichtete Irrenabteilung an der Strafanstalt in Graudenz. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 60.
Schmiedeberg. Grundriß der Pharmakologie. 1909, VI. Aufl.
Schneiderlin, Die Scopolamin-Morphium-Narkose. Münchener med. Wochenschr., 1903.
Scholz, Die verschiedenen Methoden in der Behandlung Geisteskranker. München, 1901.
— Reform der Irrenpflege. Leipzig, 1896.
v. Schrenck-Notzing, Psychotherapie. Eulenburgs Realencyclopädie der gesamten Heilkunde, III. Aufl.
Schüle, Über die Frage des Heiratens früher Geisteskranker, 1905.
Schultze-Greifswald, Dormiol. Neurol. Zentralbl., 1900.
Schultze-Jena, Gynäkologie in Irrenhäusern. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1902, Bd. 25, Ergänzungsh.
— Über die Notwendigkeit gynäkologischer Diagnose und operativer Therapie in den Irrenhäusern. Gynäkologische Rundschau, 1912.
Schwartz, Die Behandlung Geisteskranker in den Familien mit Rücksicht auf die dabei erforderliche Mitwirkung psychiatrisch vorgebildeter Hausärzte pp. Vortr. Vers. des psych. Ver. d. Rheinprov. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 53.
Sérieux, L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Paris, 1903.
Siebert, Über die hypnotische Wirkung des Neuronals. Psych.-neurol. Wochenschr., 1908.
Siemens, Weitere Vorschläge zur Wärterfrage. Vortr. Jahresvers. Ver. d. d. Irrenärzte 1897. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 54.
— Zur Frage: Geistesstörung und Frauenleiden. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1903, kleinere Mitteilungen.
— Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten. Vortr. Jahresvers. d. d. Ver. f. Psych., 1907.
Sioli, Erweiterte Aufgaben der großstädtischen Irrenfürsorge. Vortr. Ver. d. d. Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 60.
— Die Fürsorge für Geisteskranke in den deutschen Großstädten. Vortr. Jahresvers. Ver. d. d. Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1898.
— Warum bedürfen die großen Städte einer intensiveren Fürsorge für Geisteskranke als das flache Land? Vortr. Jahresvers. Ver. d. d. Irrenärzte, 1900.
— Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche bei der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. Vortr. Jahresvers. Ver. f. Psych., 1907.
Snell, Grundzüge der Irrenpflege für Studierende und Ärzte. 1897.
— Irrenhilfsvereine. Vortr. Ver. d. I. Niedersachsens und Westfalens. Allg. Zeitschr., 1902.
Specht, Allgemeine Behandlung der Geisteskrankheiten. Aus Penzoldt und Stintzing, Handbuch der Therapie, 1910.
Spielmeyer, Klinische Erfahrungen mit Veronal. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1903.
Starlinger, Einiges über Irrenklinik, Irrenanstalt, Irrenpflege in den letzten 25 Jahren. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. 26.
Stein, Über Bäder in Anstalten für Geisteskranke. Psych.-neurol. Wochenschr., 1901.
Stier, Über Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Hamburg, Lüdeking, 1903.
Stöckle, Über Hedonal. Vortr. Ver. d. I. Niedersachsens und Westfalens. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, 1901.

**T.**

Thomsen, Die Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Erkrankungen. Vortr. Jahresvers. Ver. d. d. Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1898.
Tomaschny, Über die Anwendung des Pantopon in der Psychiatrie. Neurol. Zentralbl., 1911.

**V.**

Verworn, Allgemeine Physiologie, 5. Aufl., 1909.
Vocke, Irrenanstalten sind Krankenanstalten, keine Verwahrungsanstalten für verbrecherische, entartete oder gemindert Zurechnungsfähige. Vortr. Jahresvers. d. d. Ver. f. Psych., 1906.

Vogt, Zur Indikation der Beschäftigungstherapie bei funktionellen Nervenkranken. Wiener klin. Rundschau, 1900.
Voß, Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Nerven- u. Geisteskrankh., VII. Jahrg., 1907.

**W.**

Wagner v. Jauregg, Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. Jahrb. f. Psych., 1887.
— Indikation der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft.
Wanke, Die Heilung der Neurasthenie, ein ärztlich-pädagogisches Problem. Vortr. Vers. mitteldeutsch. Psychiater, 1907.
Wattenberg, Sollen wir isolieren? Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 52.
Weber, Über Versuche mit Veronal. Deutsche med. Wochenschr., 1903.
Weber und Stolper, Die Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Vortr. IV. Hauptvers. d. d. Medizinalbeamtenver. Jurist.-psych. Grenzfragen, IV., Halle, Marhold, 1906.
Weifenbach, Über Neuronal und seine Brauchbarkeit in der Irrenanstalt. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., XXVIII. Jahrg.
Werner, Die öffentliche Irrenanstalt bezüglich ihrer Größe und Verwaltung. Vortr. Jahresversammlung Ver. d. d. Irrenärzte 1899. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 56.
Weygandt, Psychiatrisches zur Schularztfrage. Vortr. Vers. d. Ver. d. südwestdeutsch. Irrenärzte 1899. Allg. Zeitschr., Bd. 57.
— Verhütung der Geisteskrankheiten. Würzburg, 1904.
Wickel, Das Bewahrungshaus. Psych.-neurol. Wochenschr., Bd. X.
Wied, Über Dormiol. Deutsche Praxis, 1903.
Wien, Subakute letale Sulfonalvergiftung. Berliner klin. Wochenschr., 1898.
Wildermuth, Über Volksheilstätten für Nervenkranke. Vortr. Vers. Ver. d. südwestdeutsch. Irrenärzte. Allg. Zeitschr., 1903.
— Die Unterbringung geisteskranker Kinder. Zeitschr. für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer, 1906.
— Schule und Nervenkrankheiten. Wiener klin. Rundschau, 1908.
Winternitz, Über Veronalnatrium. Med. Klinik, 1908.
Witte, Surgery as relief of insane conditions. Amer. Journ. of Insanity, Bd. 62.
Wolters, Über Veronal und Veronalexantheme. Med. Klinik, 1908.
Wright, Tent life for the demented and uncleanly. Amer. Journ. of Insanity, 1902. Bericht in der Allg. Zeitschr. f. Psych.
Würth, Das Dauerbad, seine Anwendung und Erfolge. Allg. Zeitschr. f. Psychol., 1902.
— Welche Einrichtungen erfordert bei dem heutigen Stande unserer therapeutischen Bestrebungen die Irrenanstalt? Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62.
— Über die Bettbehandlung bei chronischen Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychol., 1902.
Wyß, Über die therapeutische Anwendung der Bromsalze auf experimenteller Grundlage. Med. Klinik, 1908.

**Z.**

Zappe, Zur Behandlung der nicht Reinlichen. Vortr. Vers. norddeutsch. Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1903.
Ziehen, Chemische Schlafmittel bei Nervenkrankheiten (klinisch). Deutsche med. Wochenschr., 1908.
Zweig, Die Behandlung des Decubitus. Deutsche med. Wochenschr., 1911.





